Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec

Faits saillants

Enquête sociale et de santé 1998

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec

Faits saillants de l'Enquête sociale et de santé 1998

Sylvie Bernier
Yves Pepin
Réal Boisvert
Céline Michel
Louis Rocheleau
Christine Ross
Barbara Sérandour
Hugues Tétreault

Groupe Vigie et qualité des services
Équipe connaissance/surveillance/évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Dépôt légal - premier trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89340-067-1

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Document disponible sur le site web de la Régie régionale :

http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Regard
sur la santé
et le bien-être
en Mauricie
et au Centre-du-Québec

Faits saillants

de l'Enquête sociale
et de santé 1998

106-05470/

Table des matières

Avant-propos 6

Introduction 7

1. Les gains et les pertes depuis 1987 et 1992-1993

État de santé et de bien-être 8

- Perception de l'état de santé 8
- Problèmes de santé 9
- Accidents avec blessures 9
- Santé mentale 10
- Idées suicidaires et parasuicides 11
- Incapacité et limitations d'activité 11

Déterminants de l'état de santé et de bien-être 12

- Usage du tabac 12
- Consommation d'alcool 13
- Consommation de drogues et autres substances psychoactives 13
- Activité physique 13
- Poids corporel 14
- Divers comportements de santé propres aux femmes 14
- Familles et santé 14
- Environnement de soutien 15
- Autonomie décisionnelle au travail 16
- Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux 17
- Consommation de médicaments 17
- Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé 18

2. Les nouveautés de l'Enquête sociale et de santé 1998

État de santé et de bien-être 19

- Problèmes auditifs et problèmes visuels 19
- Perception de la santé mentale 19

Déterminants de l'état de santé et de bien-être 20
Fumée de tabac dans l'environnement 20
Alimentation et insécurité alimentaire 20
Comportements sexuels et utilisation du condom 20
Intimité et relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » 21
Événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence 21
Travail et santé 21
Environnement psychosocial au travail 23
Hospitalisation, chirurgie d'un jour et services posthospitaliers 23
Service téléphonique Info-Santé CLSC 23
Vaccination contre la grippe 24
Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire 24

3. Quelques résultats à souligner

Par groupes cibles 25
Les hommes 25
Les femmes 25
Les 0-14 ans 26
Les 15-24 ans 26
Les 25-44 ans 26
Les 45-64 ans 26
Les 65 ans et plus 27
Les personnes pauvres 27
Les personnes faiblement scolarisées 28
Par territoires 28
Avec le Québec 28
Par territoires sociosanitaires 29
Par enquêtes 30
Depuis 1987 30
Depuis 1992-1993 30

Avant-propos

Au cours des dernières décennies, trois enquêtes sociales et de santé ont été menées au Québec; une première en 1987, une seconde en 1992-1993 et finalement celle-ci dont les données ont été recueilles en 1998.

Les enquêtes sociales et de santé constituent de vastes opérations de cueillette d'information sur des thématiques qui supportent la connaissance et la surveillance de la santé. Elles touchent plusieurs habitudes de vie et comportements préventifs, regardent l'état de santé et de bien-être perçu, s'attardent à certaines conséquences comme le recours aux services et jettent un regard sur le contexte social et de vie de la population du Québec. Elles sont coordonnées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec, un organisme spécialisé qui reçoit ce mandat d'étude du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales. Les résultats donnent lieu à plusieurs productions dont deux principales soit, un rapport provincial et des rapports régionaux. Le rapport provincial a été publié en novembre 2000.

Ces faits saillants régionaux ont été rédigés par les professionnels de l'équipe connaissance/ surveillance/évaluation avec une collaboration de l'équipe Santé au travail de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ils constituent une source d'information qui saura guider les différentes interventions dans plusieurs secteurs d'activité du réseau régional de santé et de services sociaux de même que dans d'autres secteurs connexes.

En plus du rapport provincial, du rapport régional et des faits saillants, la banque de données de l'enquête demeure accessible aux chercheurs pour une exploration plus approfondie de certains thèmes. Cependant, il faut se rappeler les limites que permet l'échantillon ainsi que le respect des normes de confidentialité exigé par l'Institut de la statistique du Québec pour les enquêtes de population.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont consenti de leur temps pour répondre aux questions de l'enquête, de même que tous les professionnels qui ont contribué à l'analyse des données et à la production du rapport.

Jacques Longval

Directeur
Groupe Vigie et qualité des services

Introduction

L'Enquête sociale et de santé 1998 vise à rendre compte de l'état de santé et de bien-être des Québécois, plus particulièrement de son évolution depuis les enquêtes générales de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993.

Les pages qui suivent présentent les faits marquants de l'enquête pour la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que les gains et les pertes enregistrés depuis 1987 ou 1992-1993. On y retrouve également les sujets étudiés pour la première fois en 1998.

Faire le point sur l'état de santé et de bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec constitue un défi de taille. Un tel aperçu ne peut rendre compte de l'ensemble des dimensions étudiées et des associations rapportées dans les différents chapitres du rapport régional. Il doit être considéré comme un bref survol.

Il est à noter que les proportions tirées d'une enquête peuvent fluctuer de façon importante selon la taille de l'échantillon et les proportions concernées. Il existe donc pour les valeurs présentées dans ce document une certaine marge d'erreur et des coefficients de variation pouvant être élevés dans certains cas. Ces dimensions ne sont pas évoquées dans le texte pour alléger la présentation.

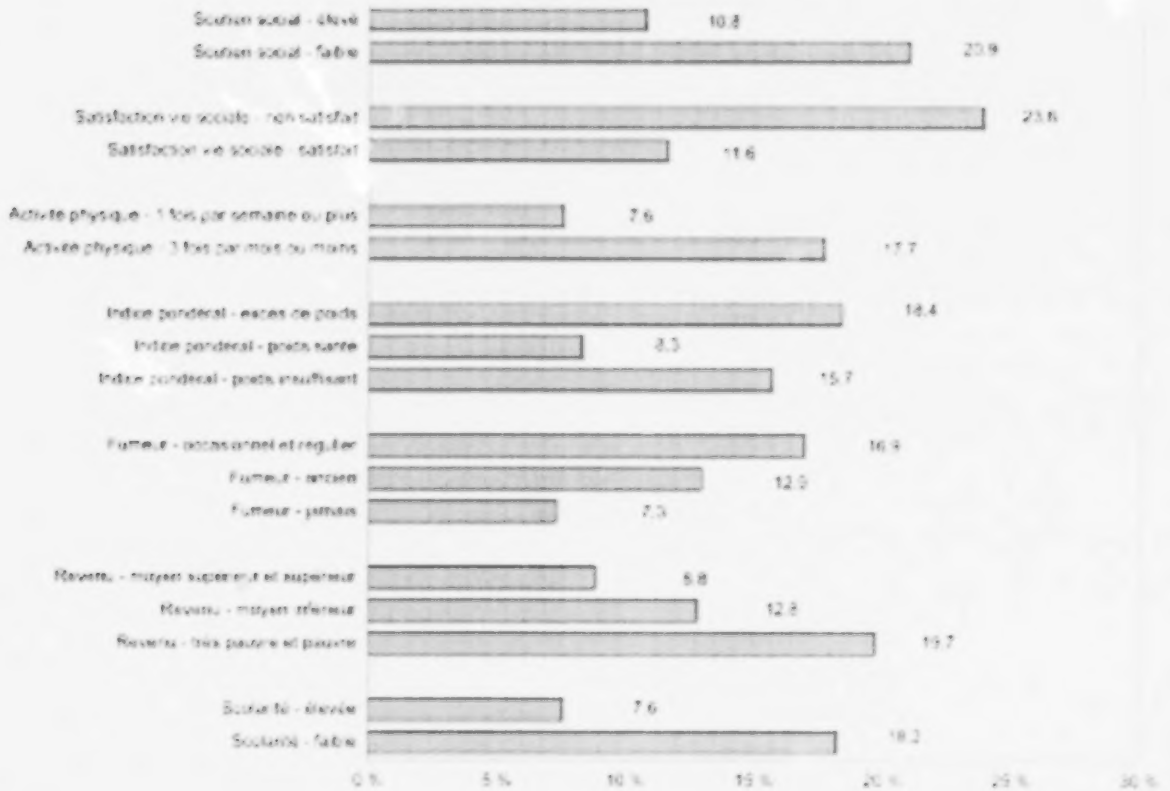
Les gains et les pertes depuis 1987 et 1992-1993

État de santé et de bien-être

Perception de l'état de santé

La très grande majorité de la population de 15 ans et plus, soit près de 9 personnes sur 10, perçoit son état de santé comme bon, très bon ou excellent. La perception qu'ont les résidents de la région de leur état de santé est demeurée sensiblement la même depuis 1987, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. Cependant, des variations sont observées en fonction de l'âge et les personnes plus âgées évaluent plus négativement leur santé que les plus jeunes. Il faut souligner que la perception de la santé est associée à plusieurs indicateurs : niveau de soutien social, usage de la cigarette, activité physique de loisir, poids corporel, revenu, scolarité, etc.

Figure 1 : Pourcentage des personnes qui estiment que leur santé est moyenne ou mauvaise selon certaines caractéristiques sociales et économiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Problèmes de santé

Près des deux tiers de la population déclarent avoir au moins un problème de santé. La proportion de personnes ayant rapporté au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes et elle augmente avec l'âge chez les individus des deux sexes. La moitié de la population signale au moins un problème de longue durée, soit d'une durée de 6 mois ou plus. Les personnes les plus pauvres sont plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de longue durée. Environ 12 % de la population ne rapporte que des problèmes de courte durée. Par rapport à 1987, on constate une augmentation de la proportion de personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé.

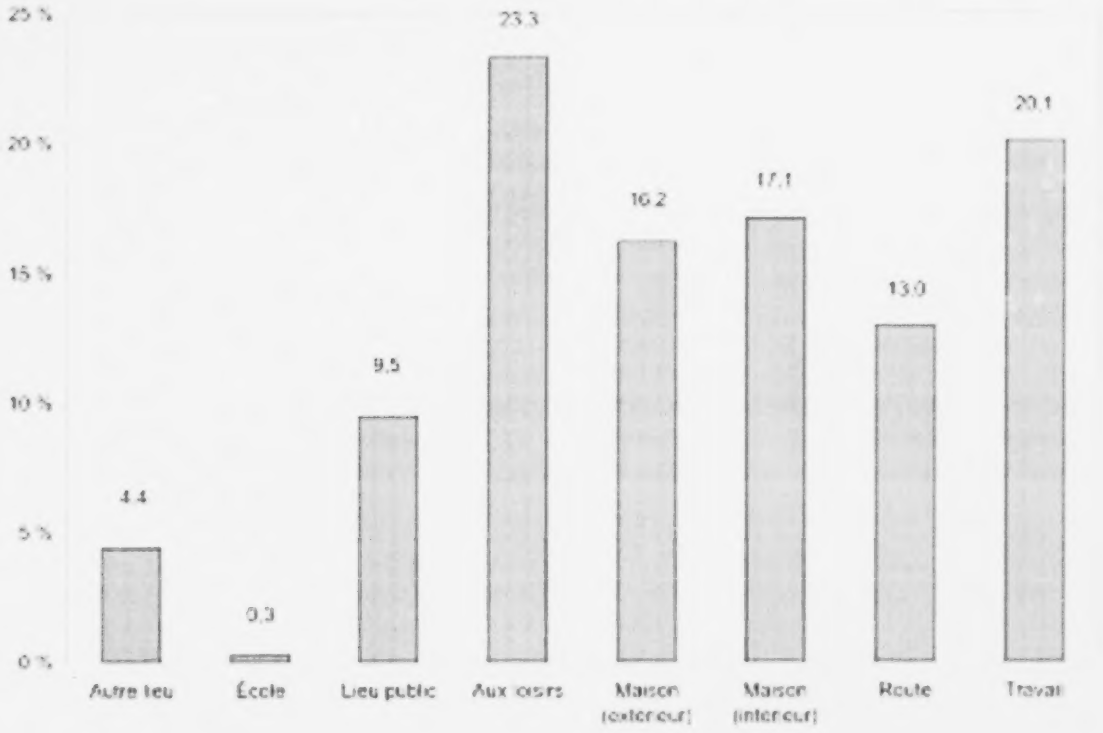
Les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population avec une prévalence variant de 9 % à 13 % selon le problème de santé. Les problèmes les plus fréquents sont demeurés les mêmes entre 1987 et 1998, mais leur prévalence s'est légèrement accrue durant cette période. En effet, comparativement aux données de 1987 et ainsi qu'on l'anticipait, on note une augmentation de la prévalence de la majorité des problèmes de santé déclarés et, plus particulièrement des problèmes cités plus haut, auxquels il faut ajouter le diabète.

Accidents avec blessures

En 1998, environ 49 personnes sur 1 000 déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de 12 mois, d'un accident ayant causé des blessures suffisamment importantes pour entraîner une limitation des activités ou une consultation médicale. Les hommes sont plus touchés que les femmes. Ces accidents se produisent principalement au domicile, à l'intérieur comme à l'extérieur, ainsi qu'au travail et dans les lieux de loisirs et d'activités sportives.

On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998 où les taux passent de 101 à 49 pour 1000. Il s'agit d'une réduction substantielle de l'ordre de 50 %. L'amélioration touche principalement les moins de 45 ans pour qui les taux étaient les plus élevés en 1992-1993. Il semble que la réduction s'observe surtout pour les accidents à la maison tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, au travail et à l'école.

Figure 2 : Répartition des lieux des accidents avec blessures pour les personnes n'ayant eu qu'un seul accident, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Santé mentale

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, près d'une personne sur cinq présente un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Cette proportion est plus importante chez les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, et les personnes se percevant comme pauvres ou très pauvres.

La diminution de la proportion d'individus se classant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1992-1993 et 1998 constitue un fait marquant de la présente enquête, puisqu'on avait observé l'inverse entre 1987 et 1992-1993. Quant aux personnes de 65 ans et plus, leur situation, évaluée à l'aide de cet indice, semble indiquer une amélioration puisque la proportion de celles qui se classent à ce niveau élevé tend à diminuer entre les trois enquêtes.

Idées suicidaires et parasuicides

Environ 4 % des 15 ans et plus de la région disent avoir pensé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois. La prévalence des idées suicidaires chez les 15-24 ans est passée de 4 % en 1987 à 11 % en 1992-1993, et demeure semblable en 1998.

L'augmentation entre les enquêtes est statistiquement significative dans la région alors que ce n'est pas le cas pour l'ensemble du Québec. Aussi, comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

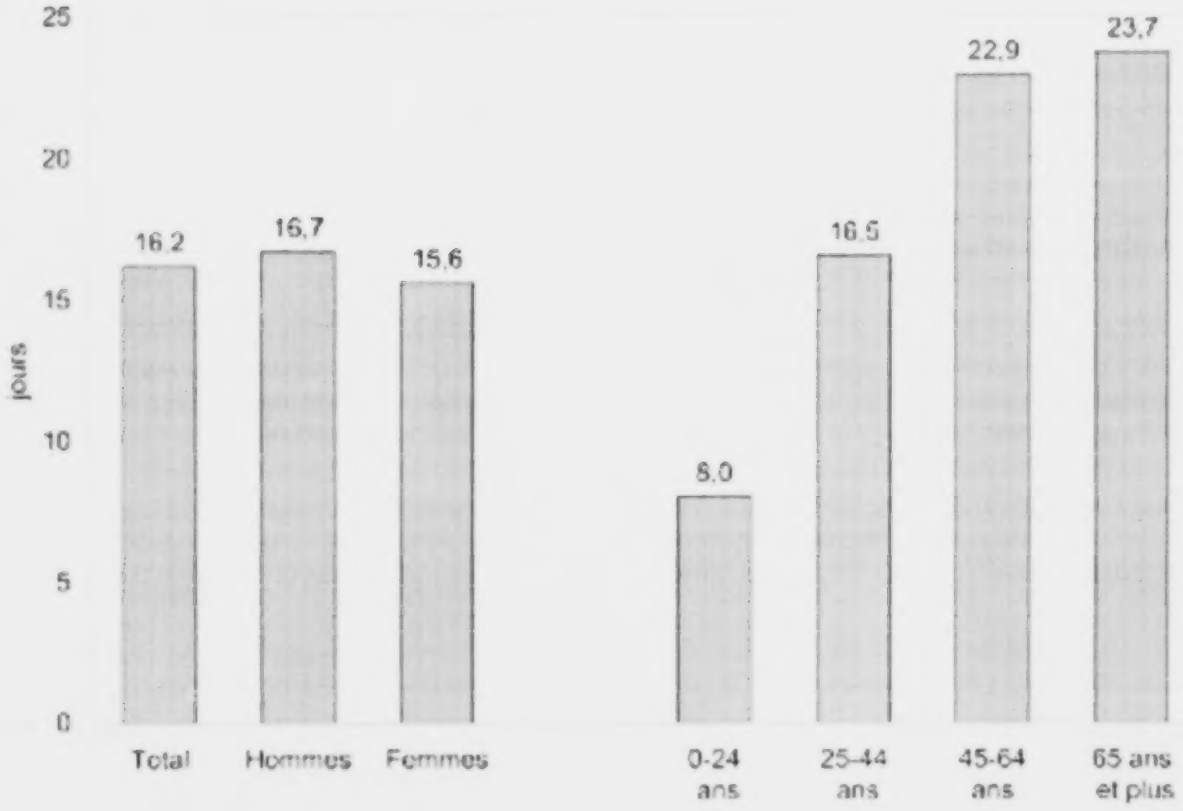
Autour de 10 personnes sur 1 000 de 15 ans et plus déclarent avoir posé des gestes suicidaires (parasuicides) au cours d'une période de 12 mois, ce qui représente pour la région approximativement 2 000 individus. Cette prévalence est semblable à celle que l'on retrouve pour l'ensemble du Québec.

Incapacité et limitations d'activité

Environ une personne sur dix vivant en ménage privé présente des limitations d'activité à long terme. Depuis 1987, la proportion de la population qui est ainsi limitée a augmenté sensiblement, surtout chez les personnes de 65 ans et plus. Cette augmentation suit la tendance provinciale.

Les problèmes ostéo-articulaires sont au premier rang des causes principales de limitations d'activité à long terme, représentent plus du quart des causes de limitations et sont mentionnés deux fois plus souvent que les maladies cardiovasculaires ou respiratoires.

Figure 3 : Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998.



Déterminants de l'état de santé et de bien-être

Usage du tabac

On sait que l'usage du tabac est associé à des problèmes de santé importants (MCV, cancer, etc.). Or, en 1998, 34 % des gens de 15 ans et plus de notre région fument la cigarette soit tous les jours (31 %), soit à l'occasion (3 %). La prévalence de l'usage de la cigarette est demeurée la même qu'en 1992-1993. L'usage de la cigarette est, entre autres, influencé par le revenu et la scolarité. Il y a une plus grande proportion de fumeurs réguliers chez les pauvres et les très pauvres tandis que cette habitude est moins répandue chez les gens ayant une scolarité plus élevée. Aussi, les fumeurs sont proportionnellement plus nombreux à percevoir leur santé comme moyenne ou mauvaise comparativement à ceux n'ayant jamais fumé.

D'autre part, pour ce qui est de l'usage de la pipe et de l'usage du tabac à priser ou a chiquer, ces habitudes demeurent marginales avec moins de 1 % de consommateurs. L'usage du cigare est quant à lui un peu plus fréquent avec une prévalence de 5 % de fumeurs parmi les 15 ans et plus.

Consommation d'alcool

En 1998, environ 4 personnes sur 5 de 15 ans et plus (80 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois. Il s'agit, par rapport à 1992-1993, d'une faible augmentation de la proportion de buveurs actuels. On connaît les problèmes sociaux et de santé associés à une consommation excessive d'alcool (violence, risque accru d'accidents avec blessures, etc.) c'est pourquoi, la consommation élevée d'alcool est mesurée dans l'enquête par deux indicateurs. Le premier indicateur est le fait d'avoir pris au moins 5 consommations en une même occasion, et ce, 5 fois ou plus en 12 mois, ce qui touche le quart de la population des 15 ans et plus et 41 % des jeunes de 15-24 ans. Le second indicateur concerne l'enivrement 5 fois ou plus au cours d'une période de 12 mois. Cette habitude touche un peu moins d'une personne sur dix de 15 ans et plus, et plus du quart des 15-24 ans. Ainsi, on constate que la consommation élevée d'alcool demeure significativement plus fréquente chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Près des trois quarts des individus de la région âgés de 15 ans et plus (73 %) affirment n'avoir jamais consommé de drogues. Quinze pour cent déclarent en avoir consommé au cours d'une période de douze mois. La consommation de drogues est associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le produit, allant de la diminution de la coordination motrice à la dépendance physique ou psychologique. Toutes proportions gardées, les consommateurs sont majoritairement des jeunes et des hommes.

Activité physique

La pratique régulière d'activité physique contribue, entre autres, à la prévention des MCV et au maintien de l'intégration sociale des personnes retraitées. Or, près de la moitié des résidents de la région de 15 ans et plus (47 %) font très peu d'activité physique durant leurs temps libres (soit trois fois par mois ou moins), alors qu'un peu plus du quart en fait 3 fois ou plus par semaine. On note peu de changement par rapport à 1992-1993. L'intention de pratique à moyen terme est rapportée par près de la moitié de la population. Les activités physiques les plus populaires sont la marche pour fin d'exercice ou comme moyen de transport, la baignade, la danse et le vélo. Au plan de l'activité physique au travail, plus du quart des personnes rapportent un niveau appréciable d'exigences physiques dans leur activité principale.

Poids corporel

Plusieurs études ont démontré l'association entre le poids corporel et le risque de MCV, de diabète et de cancer. On constate toutefois que la proportion de personnes de 15 ans et plus se classant à la catégorie excès de poids semble augmenter de façon constante depuis 1987. Elle atteint, en 1998, 30 % de la population contre 20 % en 1987 et 25 % en 1992-1993. L'excès de poids touche particulièrement les hommes (un sur trois), les personnes moins scolarisées et celles à faible revenu et semble progresser dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 15 à 24 ans. Au total, la moitié des femmes et un peu moins du tiers des hommes de 15 ans et plus désirent perdre du poids. Les principales raisons invoquées pour changer de poids relèvent de motifs liés à la santé ou à l'amélioration de l'apparence. Par ailleurs, la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant une insuffisance de poids serait de l'ordre de 9 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes. Fait à remarquer, seulement le quart des personnes de 65 ans et plus présentent un poids santé, environ 35 % présentent un poids insuffisant et 40 % un excès de poids.

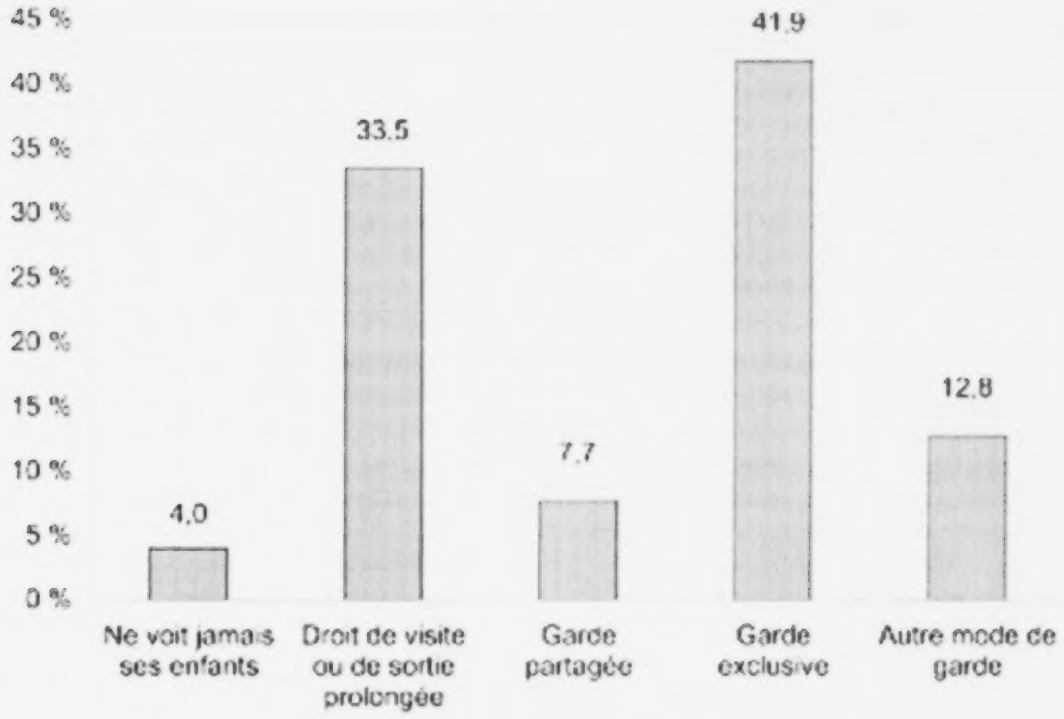
Divers comportements de santé propres aux femmes

Près de 30 % des femmes de 15 ans et plus pratiquent l'auto-examen des seins chaque mois et plus de 40 % déclarent avoir passé un examen clinique des seins depuis moins de 12 mois. Les femmes de 50 ans ou plus mentionnent avoir subi une mammographie depuis deux ans ou moins dans une proportion de 56 %. En 1998, la proportion de femmes ayant passé un test de PAP depuis moins de 12 mois est de 37 % (50 % chez les15-39 ans). Le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 47 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans. Cette proportion est comparable à celle observée en 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicaments, en janvier 1997, qui aurait pu en augmenter l'accessibilité. Les femmes de 45 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses en 1998 qu'en 1987 et 1992-1993 à avoir recours aux hormones pour, entre autres, prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause.

Familles et santé

Entre 1987 et 1998, le portrait des ménages et des familles s'est modifié de manière telle que la proportion des ménages non familiaux composés majoritairement d'une seule personne augmente de manière sensible et représente maintenant près du tiers des ménages. Par ailleurs, le portrait des ménages familiaux, comportant au moins un enfant de moins de 18 ans, se modifie de telle sorte que la proportion des familles biparentales intactes (67 %), qui représentent la majorité des familles, diminue aux dépens des familles monoparentales (20 %) et des familles recomposées (10 %). En ce qui a trait aux parents faisant partie de familles monoparentales ou recomposées, les résultats indiquent que le climat qui a entouré la séparation de l'autre parent de l'un de leurs enfants mineurs est jugé bon ou assez bon dans deux cas sur trois (66 %). Les trois quarts des parents séparés ou divorcés gardent un contact avec l'autre parent et parmi ceux-ci, le climat est jugé bon ou assez bon dans 9 cas sur 10.

Figure 4 : Modalités de garde des parents des enfants de moins de 18 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

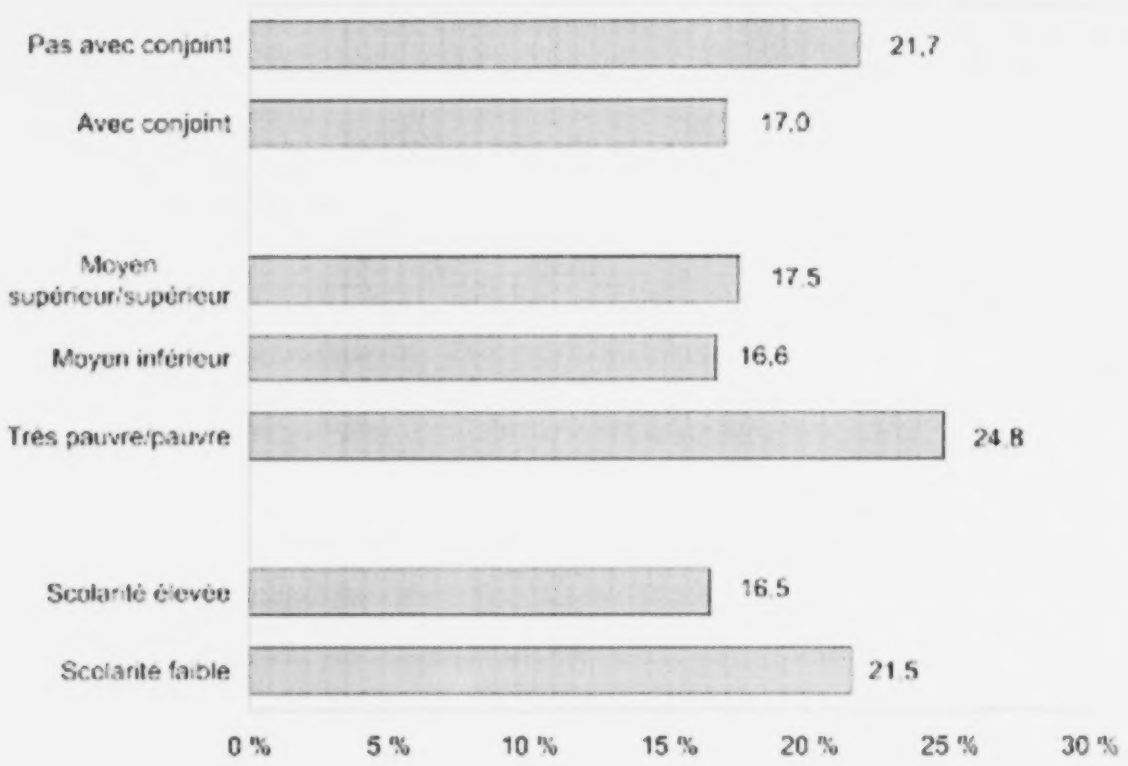


Environnement de soutien

Parmi la population de 15 ans et plus, plus de 8 personnes sur 10 vivent avec d'autres personnes (86 %). Il y a davantage de femmes que d'hommes qui vivent seules. Parmi les personnes qui vivent seules, peu nombreuses sont celles qui s'en disent malheureuses (8 %).

Pour l'indice de soutien social, les femmes, de même que les plus jeunes et les plus âgés, obtiennent, globalement des résultats plus favorables. Entre 1992-1993 et 1998, l'indice n'a ni régressé, ni progressé. Par ailleurs, force est de constater que ce sont les personnes sans conjoint, celles de faible scolarité et de faible revenu qui sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir un faible indice de soutien social. Selon une des composantes de l'indice, 10 % de la population est insatisfaite de sa vie sociale. Cette perception est plus souvent rapportée par les personnes qui ont entre 25 et 64 ans.

Figure 5 : Pourcentage des personnes qui estiment que leur soutien social est faible selon certaines caractéristiques sociales et économiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Autonomie décisionnelle au travail

Les personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail déclarent plus de symptômes d'anxiété ou de dépression que les autres travailleurs. Les résultats indiquent une augmentation importante de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail entre 1992-1993 et 1998, cette situation s'appliquant maintenant à plus de la moitié des travailleurs (55 % c. 43 % en 1992-1993). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à y être soumises. En outre, l'état de santé mentale est moins souvent qualifié d'excellent par les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail. Les individus qui ont un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail sont en proportion plus nombreux à rapporter un niveau élevé de soutien social.

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Sur une période de deux semaines, une personne sur quatre a consulté un professionnel de la santé ou des services sociaux. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consulter un professionnel de la santé. Le taux de consultation d'un professionnel de la santé n'a pas progressé depuis 1992-1993. On constate pour notre région, contrairement aux résultats provinciaux, un taux de consultation plus élevé chez les très pauvres et les pauvres. Plus de la moitié (57 %) des consultations ont lieu à un cabinet privé. La pharmacie est le second lieu privilégié de consultation.

De manière générale, environ 10 % des consultations auprès d'un médecin généraliste nécessitent un déplacement d'au moins 20 kilomètres ce qui est semblable aux résultats de l'ensemble du Québec.

Le taux de consultation des professionnels de la santé et des services sociaux varie en fonction de la perception de l'état de santé et de la présence d'un ou de plus d'un problème de santé. Ainsi, moins de 15 % des personnes n'ayant aucun problème de santé ont consulté un professionnel de la santé sur une période de deux semaines, alors qu'environ une personne sur trois ayant un problème ou plus a consulté. Entre 1987 et 1998, la proportion d'individus consultant pour la prévention ou pour un examen de routine a diminué dans la région passant de 25 % en 1987 à 14 % en 1998. Cette diminution n'est pas observée pour le Québec.

Le quart des 15 ans et plus (27 %) se disent peu ou pas satisfaits des services de santé. Notons qu'il n'y a pas de différence dans la satisfaction face aux services de santé que l'on ait consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Consommation de médicaments

Rappelons que depuis janvier 1997, soit un an avant le début de la présente enquête, tous les Québécois bénéficient d'une assurance médicaments. Le recours aux soins et services, considéré sous l'angle de la consommation de médicaments, indique que la proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament sur une période de deux jours est de 55 %. La proportion de consommateurs de 3 médicaments et plus est passée de 8 % en 1987 à 19 % en 1998 et c'est chez les personnes de 65 ans et plus qu'elle est la plus élevée (54 %) alors qu'en 1987 elle était de 26 % et de 41 % en 1992-1993.

La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits semble un peu plus élevée qu'en 1992-1993 (35 % c. 32 %) et définitivement plus élevée qu'en 1987 (28 %). La proportion des femmes ayant consommé des médicaments, prescrits ou non prescrits, est plus élevée que celle des hommes. D'autre part, entre 1992-1993 et 1998, la proportion d'hommes de la région ayant consommé au moins un médicament non prescrit est passé de 19 % à 29 %. Cette augmentation n'est pas observée pour le Québec.

La consommation de médicaments prescrits augmente avec l'âge et elle est associée à la perception de l'état de santé. Les vitamines et minéraux figurent en tête de liste des différentes classes de médicaments avec plus d'une personne sur cinq en ayant consommé de tels produits au cours d'une période de deux jours. Dans la région, la proportion d'utilisateurs de vitamines et minéraux a augmenté entre 1992-1993 et 1998 comparativement au Québec.

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Environ la moitié de la population est couverte par un régime d'assurance privé pour les médicaments prescrits et pour les frais liés à un séjour hospitalier. Le quart de la population est couverte pour les soins dentaires et un peu plus du cinquième pour les examens de la vue, proportions inférieures à celles pour l'ensemble de la population du Québec. Parmi les personnes assurées, 88 % possèdent un régime d'assurance collectif obtenu dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle. Les hommes sont couverts par les assurances privées dans une proportion plus grande que les femmes (56 % c. 46 %). Notons que le taux de couverture de ces dernières était de 55 % en 1992-1993. Cette diminution n'a pas été observée pour le Québec.

Les nouveautés de l'Enquête sociale et de santé 1998

L'Enquête sociale et de santé 1998 a été l'occasion d'étudier plusieurs nouveaux sujets venant compléter la description de l'état de santé et de bien-être ainsi que ses déterminants.

État de santé et de bien-être

Problèmes auditifs et problèmes visuels

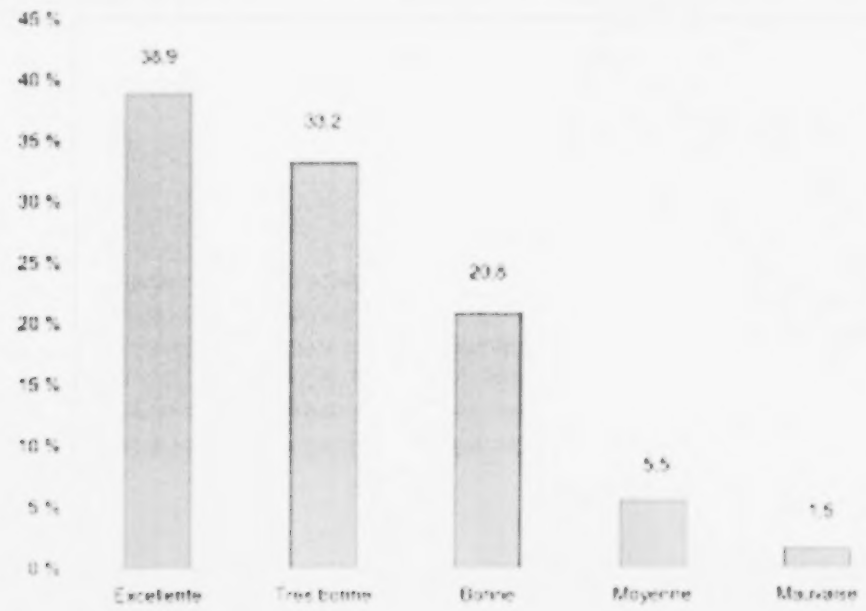
Environ 8 % des gens de 16 ans et plus vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition. Par ailleurs, 13 % des personnes de 15 ans et plus présentent des acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles).

Plus de 40 % des personnes de 7 ans et plus ont de la difficulté à voir de près. Le problème augmente avec l'âge pour toucher plus de 80 % des personnes de 65 ans et plus. Toujours chez les individus de 7 ans et plus, les troubles de vision de loin sont présents pour environ le quart d'entre eux. Là encore, ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont le plus touchées avec le tiers des personnes affectées.

Perception de la santé mentale

Une proportion très élevée des 15 ans et plus de la région qualifient leur santé mentale d'excellente, très bonne ou bonne (94 %). Ces résultats montrent qu'il y a cohérence entre la perception de l'état de santé mentale et celle de l'état de santé en général.

Figure 6 : Perception de la santé mentale, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Déterminants de l'état de santé et de bien-être

Fumée de tabac dans l'environnement

Il est maintenant reconnu que la fumée de tabac dans l'environnement est nuisible à la santé ; or, 41 % des personnes de 15 ans et plus déclarent y être exposées à la maison de façon quotidienne ou quasi quotidienne. Les jeunes de 15 à 24 ans se disent exposés en plus grande proportion, soit 53 % comparativement à 30 % chez les 65 ans et plus. Dans les lieux publics, plus du quart des gens se disent exposés chaque jour ou presque et ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui sont les plus exposés (42 %).

Alimentation et insécurité alimentaire

La majorité (84 %) des personnes de 15 ans et plus ont une perception positive de leurs habitudes alimentaires qu'elles qualifient de bonnes, très bonnes ou excellentes. En général, les personnes percevant leur situation financière comme négative sont, en proportion, plus nombreuses à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires.

Au plan des pratiques alimentaires, plus de 70 % des personnes de 15 ans et plus consomment au moins un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours. Une proportion d'environ 15 % de personnes mangent habituellement seules lors des repas pris à la maison, habitude généralement associée à une alimentation moins adéquate que lorsque les repas sont pris avec d'autres personnes. Cette proportion double chez les 65 ans et plus.

Les résultats indiquent que dans la région une personne sur dix (9 %) est touchée par l'insécurité alimentaire qui se manifeste, entre autres, par la monotonie du régime alimentaire, ou encore par le fait de devoir restreindre son apport alimentaire ou de ne pas être en mesure d'offrir des repas équilibrés à ses enfants. Ce problème touche le quart des personnes pauvres et très pauvres.

Comportements sexuels et utilisation du condom

Certains groupes de la population présentent des comportements sexuels augmentant les risques de transmission de MTS et du VIH, mais également celui de la survenue de grossesses non désirées.

Près des trois quarts des personnes hétérosexuelles mentionnent n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au cours d'une période de douze mois, et une personne sexuellement active sur dix a plus d'un partenaire sexuel. Chez les personnes de 15 à 29 ans, 26 % ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans. Près de la moitié (46 %) des gens ayant eu un seul partenaire occasionnel n'ont pas utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle. Cette proportion est de 70 % avec un partenaire régulier mais avec lequel la personne ne vit pas.

Intimité et relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde »

Un individu de 15 ans et plus sur quatre ayant un conjoint, avec lequel il cohabite ou non, rapporte des difficultés dans les relations avec ce dernier. Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses à vivre des difficultés conjugales. Par ailleurs, un peu plus d'une personne sur quatre rapporte manquer d'intimité (présence de relations intimes), qu'elle ait ou non un conjoint, cette proportion étant plus grande chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes.

Événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence

L'indice d'événements traumatisants est composé de sept événements qui touchent un séjour de deux semaines ou plus à l'hôpital, le divorce des parents, la perte d'emploi d'un parent, un événement qui a effrayé, avoir quitté la maison parce qu'on a fait quelque chose de mal, les problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue du père ou de la mère et avoir subi de mauvais traitements physiques par un proche.

Au sein de la population de 18 ans et plus, 44 % des personnes ont vécu, au cours de l'enfance ou de l'adolescence, au moins un des sept événements critiques étudiés et une personne sur cinq en a vécu deux ou plus. Les 45 ans et plus sont plus nombreux proportionnellement que les 18 à 44 ans à ne pas rapporter d'événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence.

Travail et santé

Parmi la population de 15 ans et plus, environ la moitié (52 %) occupe un emploi rémunéré, soit près des deux tiers des hommes et la moitié des femmes. Une moins grande proportion de la population occupe un emploi rémunéré qu'au Québec. De même, une plus grande proportion des travailleurs de la région exerce un emploi manuel comparativement au Québec.

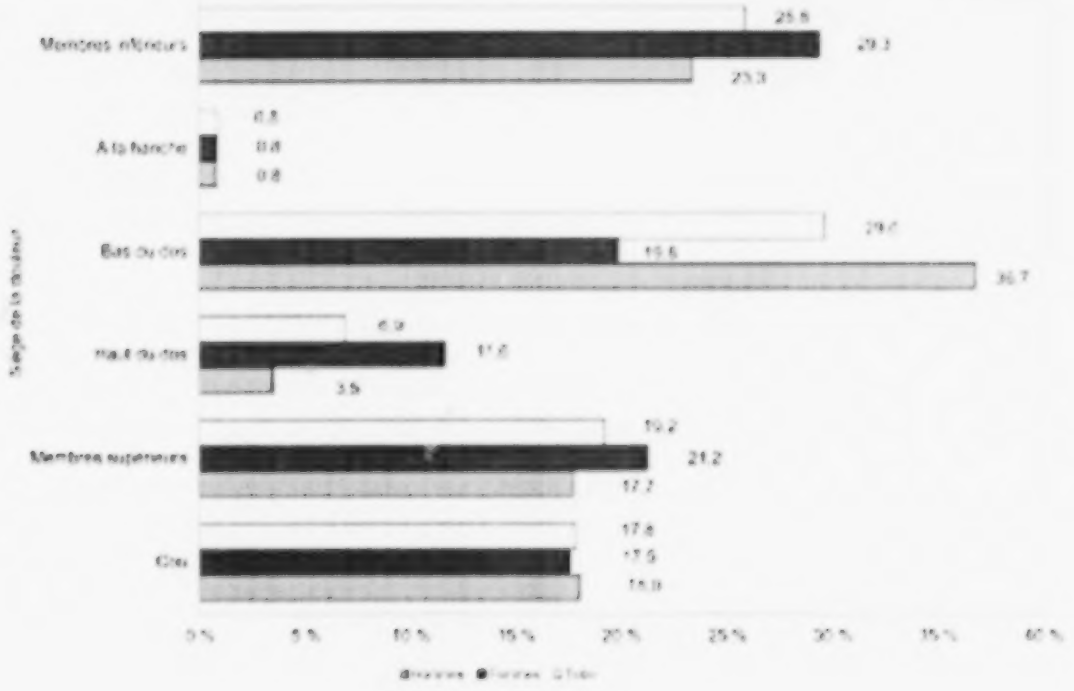
La majorité des travailleurs (81 %) sont en contact avec le public et plus du quart d'entre eux vivent souvent ou très souvent des situations de tension avec le public. En outre, certains travailleurs rapportent avoir subi au travail, au cours d'une période de 12 mois, de la violence physique, de l'intimidation ou encore, des paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Ainsi, au total, 2 % des travailleurs rapportent avoir été l'objet de violence physique au travail. L'intimidation au travail est signalée par 18 % des travailleurs. Les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses (près de 8 % d'entre elles).

Par ailleurs, un portrait d'ensemble des conditions de travail peut être dressé en 1998. Ainsi, près d'un travailleur sur dix œuvre assez souvent ou tout le temps selon un mode de rémunération au rendement et une proportion équivalente travaille de nuit, alors que près du tiers des travailleurs font des horaires irréguliers. Plus de la moitié (61 %) des travailleurs occupent un emploi demandant la position debout, bien qu'une minorité d'entre eux aient la possibilité de s'asseoir. À l'inverse, les personnes qui travaillent en position assise ont pour la plupart la possibilité de se déplacer. Les risques physiques et chimiques pour la santé auxquels sont davantage exposés les travailleurs sont les gestes répétitifs des mains et des

bras, la manipulation de charges lourdes, la nécessité de fournir des efforts avec des machines ou des outils, le travail dans un bruit intense, un travail occasionnant des vibrations aux membres supérieurs ou une exposition à des solvants. Les jeunes travailleurs sont davantage exposés à l'emploi temporaire et les hommes sont davantage exposés à la plupart des risques physiques et chimiques.

Lorsqu'on considère les douleurs musculo-squelettiques ayant le plus dérangé dans les activités au cours d'une période de douze mois, on observe que près d'un travailleur sur trois a eu des maux au bas du dos et un sur cinq, des douleurs aux membres supérieurs. Plus de la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail.

Figure 7 : Douleurs musculo-squelettiques ayant le plus dérangé selon la partie du corps et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Environnement psychosocial au travail

À l'étude du niveau d'autonomie décisionnelle au travail, s'est ajouté en 1998 l'examen du *niveau de demande psychologique. Ainsi, comme on l'a vu précédemment, plus de la moitié* des travailleurs de 15 ans et plus ont une faible autonomie décisionnelle au travail, à quoi s'ajoute le constat qu'un travailleur sur deux doit répondre à des exigences psychologiques élevées. Les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir une faible autonomie décisionnelle combinée à une demande psychologique élevée.

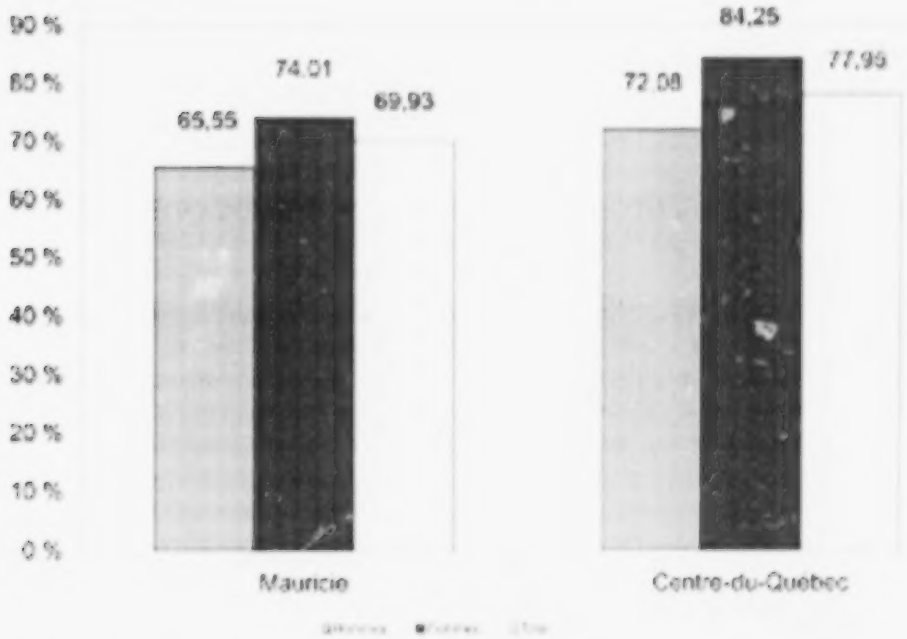
Hospitalisation, chirurgie d'un jour et services posthospitaliers

En 1998, 7 % des gens de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois et 5 % ont eu recours à la chirurgie d'un jour.

Service téléphonique Info-Santé CLSC

En 1998, les trois quarts des 15 ans et plus ont déclaré connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC, dont une proportion plus élevée de femmes que d'hommes. Près du tiers (30 %) des personnes qui connaissent ce service l'ont utilisé au cours d'une période de 12 mois et son accessibilité, mesurée par le fait de parler à l'infirmière lors de l'appel téléphonique, est effective pour environ 96 % des appels. L'utilisation du service par les individus présentant les caractéristiques sociosanitaires les plus susceptibles de nécessiter le recours aux services de santé (perception plus négative de l'état de santé, limitations d'activité, niveau de détresse psychologique élevée, personnes à faible revenu) permet de croire que l'accès à ce service rejoint une bonne partie de la clientèle visée.

Figure 8 : Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe et le territoire sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Vaccination contre la grippe

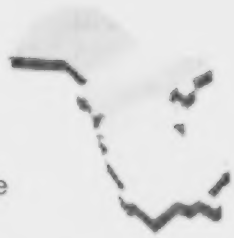
La vaccination annuelle contre la grippe vise particulièrement les personnes de 65 ans et plus et les personnes présentant certaines maladies chroniques, peu importe leur âge. Les résidents de la région sont vaccinés dans des proportions similaires à l'ensemble du Québec. Ainsi, 8 % de la population totale de la région et 38 % des 65 ans et plus ont été vaccinés au cours d'une période de 12 mois, et ce, principalement sur recommandation du médecin.

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Bien que le sujet demeure relativement peu étudié, l'hypothèse de liens entre spiritualité et bien-être psychologique aurait été soulevée. De plus, la pratique religieuse aurait un impact positif en préconisant des habitudes de vie favorables à la santé; quant à la fréquentation d'un lieu de culte, elle faciliterait l'accès à un réseau de soutien social.

Plus des deux tiers (68 %) des 15 ans et plus disent accorder de l'importance à la vie spirituelle. Les femmes lui accordent une plus grande importance comparativement aux hommes (76 % c. 59 %). L'importance accordée augmente aussi avec l'âge. Plus de 90 % des gens de la région déclarent une appartenance religieuse. Environ 32 % fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois alors que c'est le quart au Québec. La proportion de la population qui fréquente un lieu de culte sur une base régulière a sensiblement diminué entre 1987 et 1998. Les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont, en proportion, plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte.

Quelques résultats à souligner ...



Par groupes cibles

Les hommes

Les hommes de la Mauricie et du Centre-du-Québec se différencient des fe par une prévalence plus élevée aux indicateurs suivants :

- la consommation régulière ou occasionnelle de cigarettes ;
- l'exposition à la fumée tabac dans l'environnement dans les lieux publics ;
- la consommation élevée d'alcool ;
- la consommation de drogues ;
- la perception négative des habitudes alimentaires ;
- la consommation de repas préparés à l'extérieur du domicile ;
- l'excès de poids ;
- les accidents avec blessures ;
- la connaissance et l'utilisation moindre du service Info-Santé CLSC ;
- le faible niveau à l'indice de soutien social ;
- le travail manuel ;
- l'exposition à plusieurs risques physiques et chimiques au travail ;
- la présence de douleurs musculo-squelettiques.

Les femmes

Les femmes de la région présentent des prévalences supérieures à celles des hommes pour les indicateurs suivants :

- l'appartenance à un ménage de revenu inférieur ;
- l'insuffisance de poids ;
- la volonté de maigrir ;
- la présence de plus d'un problème de santé ;
- les problèmes de vision ;
- le niveau élevé de détresse psychologique ;
- la consultation d'un professionnel de la santé et des services sociaux ;
- la consommation de médicaments prescrits ou non ;
- la faible autonomie décisionnelle au travail ;
- l'indice de difficulté avec le conjoint ;
- les paroles ou gestes à caractère sexuel au travail ;
- l'absence de couverture des frais de santé par une assurance privée.

Les 0-14 ans

Selon les indicateurs disponibles pour ce groupe d'âge, les enfants de 0-14 ans de la région se signalent par rapport à l'ensemble de la population par une prévalence plus élevée à l'indicateur suivant :

- L'appartenance à un ménage de revenu inférieur.

Les 15-24 ans

Les jeunes de 15-24 ans dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec présentent des prévalences plus élevées pour les indicateurs suivants :

- l'exposition à la FTE à la maison et dans les lieux publics ;
- la consommation élevée d'alcool ;
- la consommation de drogues ;
- la consommation de repas préparés à l'extérieur du domicile ;
- l'insuffisance de poids ;
- le niveau élevé de détresse psychologique ;
- la présence d'idées suicidaires ;
- la faible autonomie décisionnelle au travail ;
- le manque d'intimité.

Les 25-44 ans

Les jeunes adultes de 25-44 ans de la région se signalent par des prévalences plus élevées pour les indicateurs suivants :

- la consommation régulière ou occasionnelle de cigarettes ;
- la consommation de repas préparés à l'extérieur du domicile ;
- les accidents avec blessures.

Les 45-64 ans

En région, les personnes de 45-64 ans connaissent des prévalences plus importantes pour les indicateurs suivants :

- l'excès de poids ;
- les accidents avec blessures ;
- le faible niveau à l'indice de soutien social ;
- la perception négative de l'état de santé ;
- la présence de limitations d'activité ;
- la consommation de médicaments prescrits ou non.

Les 65 ans et plus

Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, des prévalences plus élevées pour les indicateurs suivants :

- l'appartenance à un ménage de revenu inférieur ;
- la prise de repas seul ;
- l'insuffisance et l'excès de poids ;
- la perception négative de l'état de santé ;
- la présence de plus d'un problème de santé ;
- les problèmes de vision de près et de loin ;
- la présence de limitations d'activité ;
- la consultation d'un professionnel de la santé et des services sociaux ;
- la consommation de médicaments prescrits ou non ;
- le fait de vivre seuls (mais ils sont peu malheureux de cette situation).

Les personnes pauvres

Les personnes de 15 ans et plus demeurant au sein des ménages pauvres ou très pauvres de la région se distinguent des personnes des ménages à revenus plus élevés par des prévalences plus importantes pour les indicateurs suivants :

- la consommation quotidienne de cigarettes ;
- la faible pratique d'activité physique de loisir ;
- la perception négative des habitudes alimentaires ;
- la présence d'insécurité alimentaire ;
- l'insuffisance et l'excès de poids ;
- le recours moins fréquent à l'examen clinique des seins et au test de PAP et la fréquence moindre de pratique de l'auto-examen des seins ;
- la perception négative de l'état de santé ;
- la présence de plus d'un problème de santé ;
- le taux de consultation d'un professionnel de la santé ;
- l'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours de la dernière année ;
- la consommation de médicaments ;
- le faible niveau à l'indice de soutien social ;
- l'absence de couverture par un régime d'assurance privé.

Les personnes faiblement scolarisées

La population de 15 ans et plus faiblement scolarisée connaît, en région, des prévalences supérieures aux personnes plus scolarisées pour les indicateurs suivants :

- la consommation quotidienne de cigarettes ;
- la perception négative des habitudes alimentaires ;
- la faible pratique d'activité physique de loisir ;
- le poids corporel problématique ;
- le recours moindre au test de PAP au cours de la dernière année ;
- la perception négative de l'état de santé ;
- le faible niveau à l'indice de soutien social ;
- la faible autonomie décisionnelle au travail.

Par territoires

Avec le Québec

La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec se distingue de celle du Québec pour les indicateurs suivants :

- une proportion plus élevée de la population faiblement scolarisée ;
- un pourcentage plus élevé de la population au sein de ménages de revenus inférieurs ;
- une proportion plus grande de la population se percevant comme pauvre ou très pauvre, et ce, sur une plus longue durée (plus de 5 ans) ;
- un taux de consultation d'un professionnel de la santé pour prévention ou pour examen de routine plus faible que pour l'ensemble du Québec ;
- une moins grande proportion de la population occupant un emploi rémunéré (hommes, femmes, 15-24 ans et 45-64 ans) ;
- une plus grande proportion de la population active à occuper une profession manuelle (femmes et 40 ans et plus) ;
- une moins grande proportion de travailleurs en position assise avec possibilité de se lever ;
- une plus forte proportion de la population fréquentant une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois.

... et pour les tendances suivantes :

- une diminution par rapport à 1987, du taux de consultation d'un professionnel de la santé pour prévention ou pour examen de routine ;
- une augmentation de la prise de médicaments (plus spécifiquement des médicaments non prescrits) chez les hommes de 1992-1993 à 1998 ;
- une diminution du taux de couverture des frais de santé par un régime privé chez les femmes de la région entre 1992-1993 et 1998.

Par territoires sociosanitaires

Les territoires sociosanitaires Mauricie et Centre-du-Québec présentent des différences entre eux pour les indicateurs suivants :

- en Mauricie, une moins grande consommation excessive d'alcool en une même occasion ;
- une moins bonne perception de la santé mentale au Centre-du-Québec ;
- une plus grande connaissance du service Info-Santé CLSC par les résidents du Centre-du-Québec.

Par enquêtes

Depuis 1987

Les données de 1998 diffèrent de celles de 1987 pour les indicateurs suivants en région :

- une proportion plus importante de la population présentant un excès de poids (tant les hommes que les femmes) ;
- une augmentation de la prévalence déclarée de plusieurs problèmes de santé ;
- une proportion plus élevée de femmes présentant une incapacité à long terme ;
- une diminution du taux de consultation pour prévention et examen de routine;
- une proportion plus importante de la population ayant pris trois médicaments ou plus (les hommes, les femmes, la population de 25 ans et plus) ;
- un pourcentage plus élevé de la population consommant des médicaments prescrits ;
- un pourcentage plus élevé de familles monoparentales ;
- une proportion moindre de personnes fréquentant une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois.

Depuis 1992-1993

Les données régionales de 1998 diffèrent de celles de 1992-1993 pour les indicateurs suivants :

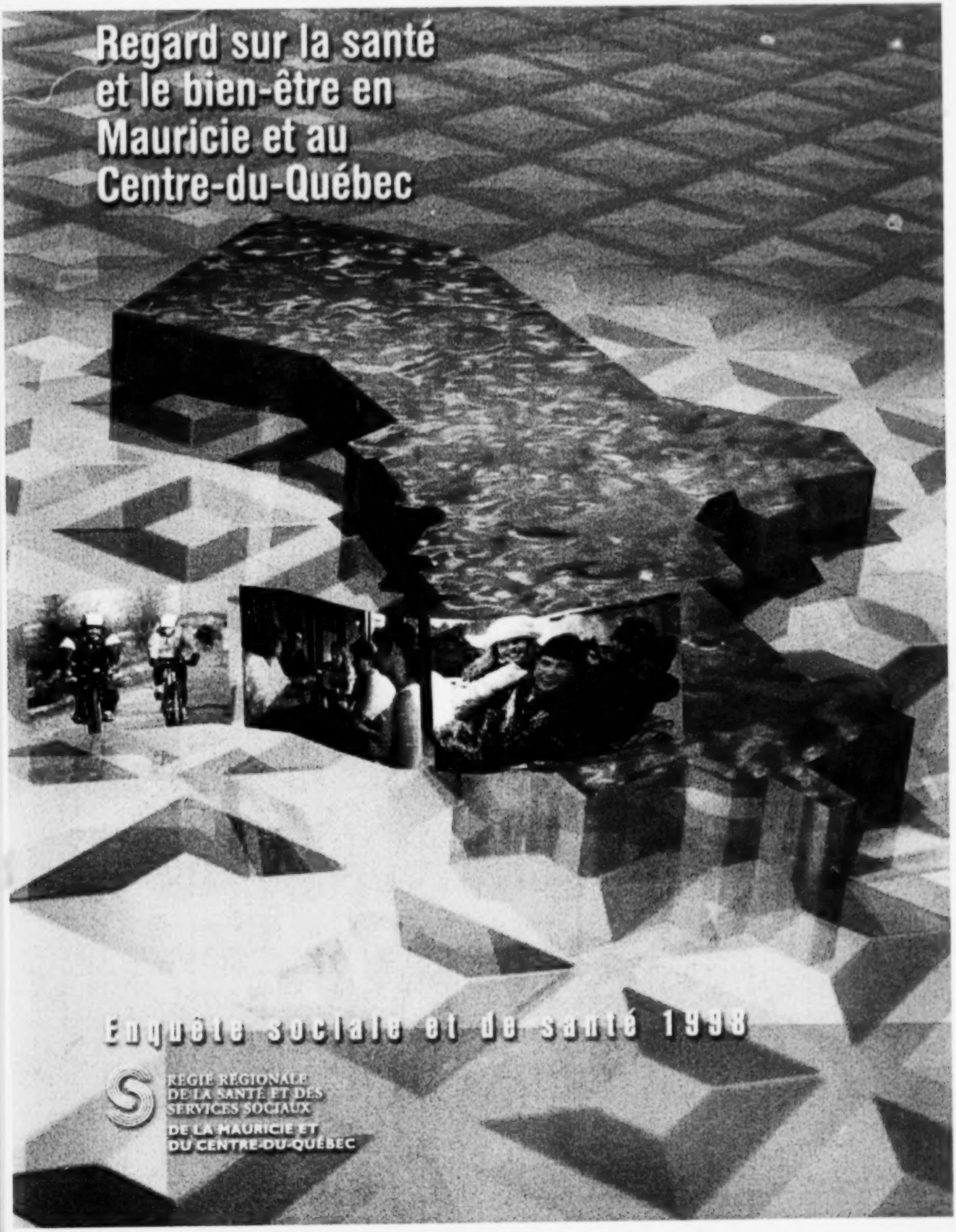
- un pourcentage plus élevé d'excès de poids (notamment chez les femmes) ;
- une diminution de la proportion de femmes ayant subi un examen clinique des seins depuis moins d'un an ;
- une proportion moins importante de victimes d'accidents avec blessures (hommes, femmes, 0-14 ans et 15-24 ans) ;
- un pourcentage plus faible de la population présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (hommes, femmes, 15-24 ans et 25-44 ans) ;
- un pourcentage plus élevé d'hommes et de 45-64 ans ayant consommé trois médicaments ou plus ;
- une proportion plus importante d'hommes ayant consommé des médicaments non prescrits ;
- une proportion plus importante de travailleurs présentant une faible autonomie décisionnelle au travail.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec

Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec



Enquête sociale et de santé 1998

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec

Enquête sociale et de santé 1998

Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Dépôt légal – premier trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-066-3

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Document disponible sur le site Web de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

AVANT-PROPOS

Au cours des dernières décennies, trois enquêtes sociales et de santé ont été menées au Québec; une première en 1987, une seconde en 1992-1993 et finalement celle-ci dont les données ont été recueilles en 1998.

Les enquêtes sociales et de santé constituent de vastes opérations de cueillette d'information sur des thématiques qui supportent la connaissance et la surveillance de la santé. Elles touchent plusieurs habitudes de vie et comportements préventifs, regardent l'état de santé et de bien-être perçu, s'attardent à certaines conséquences comme le recours aux services et jettent un regard sur le contexte social et de vie de la population du Québec. Elles sont coordonnées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec, un organisme spécialisé qui reçoit ce mandat d'étude du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales. Les résultats donnent lieu à plusieurs productions dont deux principales soit, un rapport provincial et des rapports régionaux. Le rapport provincial a été publié en novembre 2000.

Le présent rapport pour la Mauricie et le Centre-du-Québec extrait les données régionales et publie les résultats en mettant en lumière ce qui caractérise notre population. Il a été rédigé par les professionnels de l'équipe connaissance/surveillance/évaluation avec une collaboration de l'équipe Santé au travail de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il constitue une source très riche d'information qui saura guider les différentes interventions dans plusieurs secteurs d'activité du réseau régional de santé et de services sociaux de même que dans d'autres secteurs connexes.

Cette troisième enquête sociale et de santé a élargi les thèmes traités pour couvrir un plus large spectre des préoccupations reliées à la santé et au bien-être. Toutefois, il est à signaler que le potentiel d'analyse des données n'a pu être exploité complètement pour la région. Par contre, l'échantillon provincial permet des analyses plus fouillées que ne le permet l'échantillon régional. C'est pourquoi dans le rapport régional, on se réfère assez souvent aux résultats provinciaux.

En plus du rapport provincial et du rapport régional, la banque de données de l'enquête demeure accessible aux chercheurs pour une exploration plus approfondie de certains thèmes. Cependant, il faut se rappeler les limites que permet l'échantillon ainsi que le respect des normes de confidentialité exigé par l'Institut de la statistique du Québec pour les enquêtes de population.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont consenti de leur temps pour répondre aux questions de l'enquête, de même que tous les professionnels qui ont contribué à l'analyse des données et à la production du rapport.

Jacques Longval
Directeur
Groupe Vigie et qualité des services

Analyse :

Sylvie Bernier, Yves Pepin, Réal Boisvert, Céline Michel, Louis Rocheleau, Christine Ross, Barbara Sérandour, Hugues Tétreault

Mise en page :

Thérèse Brunelle

Comité de lecture :

Diane Carignan, Rémi Coderre, Isabelle Coté, Pierre Ferland, Françoise Gagnon, Marie-Paule Gauthier, Micheline Hébert, Gilles Hudon, Lucie Lafrance, Lyne Otis, Nathalie Ratté, Lise Richard, Jean-Maurice Roy, Louise Soulière, Jocelyne Tremblay, Marlène Tremblay, Alain Trudel

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Groupe Vigie et qualité des services
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec
550, rue Bonaventure,
Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Site WEB : http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le rapport :

BERNIER, S., Y. PEPIN, R. BOISVERT, C. MICHEL, L. ROCHELEAU et autres (2002). Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec, Enquête sociale et de santé 1998, Trois-Rivières, Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Citation suggérée pour un chapitre :

BOISVERT, R., et Y. PEPIN (2002). « Environnement de soutien » dans Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec, Enquête sociale et de santé 1998, Trois-Rivières, Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, chapitre 25.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans le présent rapport sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Signes conventionnels :

Pe '00 Population estimée en centaine
Pe '000 Population estimée en milliers

L'*Enquête sociale et de santé 1998* est subventionnée par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
Les régies régionales de la santé et des services sociaux RRSSS)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos

Lexique

Introduction générale

Chapitre 1 Méthodes

Introduction 1

1.1 Procédures de collecte 1
1.1.1 Instruments de collecte des données 1
1.1.2 Prétest 2
1.1.3 Plan de sondage 2
1.1.4 Collecte des données 3
1.1.5 Taille de l'échantillon et non-réponse 4

1.2 Traitement des données 4
1.2.1 Validation 4
1.2.2 Pondération 5
1.2.3 Analyse 5

1.3 Présentation des résultats 6

1.4 Portée et limites de l'enquête 7

Chapitre 2 Caractéristiques de la population

Introduction 9

2.1 Caractéristiques démographiques 9
2.1.1 Structure par âge et sexe 9
2.1.2 État matrimonial de fait 11

2.2 Caractéristiques socioéconomiques 13
2.2.1 Scolarité relative 13
2.2.2 Revenu du ménage 14
2.2.3 Statut d'activité 17
2.2.4 Catégorie professionnelle 19
2.2.5 Perception de sa situation financière 22
2.2.6 Perception de la durée de la pauvreté 24
2.2.7 Patrimoine accumulé 24

Conclusion 25

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU - Habitudes de vie et comportements préventifs

Chapitre 3 Usage du tabac

Introduction 27

3.1 Aspects méthodologiques 27
3.1.1 Indicateurs 27
3.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 28
3.1.3 Portée et limites des données 28

3.2 Résultats 29
3.2.1 Usage de la cigarette 29
3.2.2 Usage de la pipe, du cigare et du tabac à chiquer ou à priser 30
3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) 31

Conclusion 32

Chapitre 4 Consommation d'alcool

Introduction 35

4.1 Aspects méthodologiques 35
4.1.1 Indicateurs 35
4.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 36
4.1.3 Portée et limites des données 36

4.2 Résultats 37
4.2.1 Types de buveurs 37
4.2.2 Consommation hebdomadaire 38
4.2.3 Consommation élevée d'alcool 39

Conclusion 41

Chapitre 5 Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Introduction 43

5.1 Aspects méthodologiques 43
5.1.1 Indicateurs 43
5.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 44
5.1.3 Portée et limites des données 44

5.2 Résultats 45
5.2.1 Type de consommateurs 45
5.2.2 Type de drogues consommées 46
5.2.3 Usage de substances psychoactives – drogues et alcool 46

Conclusion 47

Chapitre 6 Alimentation : perception, pratiques et insécurité alimentaire

Introduction 49

6.1 Aspects méthodologiques 50
6.1.1 Indicateurs 50
6.1.2 Portée et limites des données 50

6.2 Résultats 51
6.2.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires 51
6.2.2 Évaluation de certaines pratiques alimentaires 53
6.2.3 Insécurité alimentaire des ménages 55

Conclusion 56

Chapitre 7 Activité physique

Introduction 59

7.1 Aspects méthodologiques 59
7.1.1 Indicateurs 59
7.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 60
7.1.3 Portée et limites des données 60

7.2 Résultats 61
7.2.1 Pratique d'activité physique de loisir 61
7.2.2 Intention de pratique 62
7.2.3 Popularité des activités 63
7.2.4 Niveau d'activité physique associé au travail ou à l'activité principale 63

Conclusion 65

Chapitre 8 Poids corporel

Introduction 67

8.1 Aspects méthodologiques 67
8.1.1 Indicateurs 67
8.1.2 Portée et limites des données 68

8.2 Résultats 68
8.2.1 Indice de masse corporelle 68
8.2.2 Désir de changer de poids 70
8.2.3 Motifs invoqués pour vouloir maigrir 71

Conclusion 72

Chapitre 9 Comportements sexuels et utilisation du condom

Introduction 75

9.1 Aspects méthodologiques 75
9.1.1 Indicateurs 75

9.1.2 Portée et limites des données 76

9.2 Résultats 76
9.2.1 Âge à la première relation sexuelle avec pénétration 76
9.2.2 Nombre de partenaires au cours d'une période de 12 mois 77
9.2.3 Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) 78
9.2.4 Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle 79

Conclusion 80

Chapitre 10 Orientation sexuelle et santé

Introduction 81

Conclusion 81

Chapitre 11 Divers comportements de santé propres aux femmes

Introduction 85

11.1 Aspects méthodologiques 85
11.1.1 Indicateurs 85
11.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 85
11.1.3 Portée et limites des données 86

11.2 Résultats 86
11.2.1 Auto-examen des seins 86
11.2.2 Examen clinique des seins 87
11.2.3 Mammographie 88
11.2.4 Test de PAP 89
11.2.5 Consommation de médicaments à teneur hormonale 90

Conclusion 92

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU - État de santé et de bien-être

Chapitre 12 Perception de l'état de santé

Introduction 93

12.1 Aspects méthodologiques 93
12.1.1 Indicateurs 93
12.1.2 Portée et limites des données 94

12.2 Résultats 94
12.2.1 Perception de l'état de santé 94
12.2.2 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques 96

Conclusion 98

Chapitre 13 Problèmes de santé

Introduction 99

13.1 Aspects méthodologiques 99
13.1.1 Indicateurs 99
13.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987 100
13.1.3 Portée et limites des données 100

13.2 Résultats 100
13.2.1 Nombre et durée des problèmes de santé déclarés 100
13.2.2 Prévalence des problèmes de santé déclarés 103

Conclusion 105

Chapitre 14 Problèmes auditifs et problèmes visuels

Section I Problèmes auditifs

Introduction 107

14.1 Aspects méthodologiques 107
14.1.1 Indicateurs 107
14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 108
14.1.3 Portée et limites des données 108

14.2 Résultats 108
14.2.1 Audition 108
14.2.2 Acouphènes 109

Conclusion 110

Section II Problèmes visuels

Introduction 112

14.1 Aspects méthodologiques 112
14.1.1 Indicateurs 112
14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 112
14.2.3 Portée et limites des données 112

14.2 Résultats 113
14.2.1 Vision de près 113
14.2.2 Vision de loin 113

Conclusion 114

Chapitre 15 Accidents avec blessures

Introduction 115

15.1 Aspects méthodologiques 115
15.1.1 Indicateurs 115

15.1.2 Portée et limites des données 116

15.2 Résultats 116
15.2.1 Importance du problème 116
15.2.2 Taux de morbidité selon le lieu 118

Conclusion 120

Chapitre 16 Santé mentale

Introduction 121

16.1 Aspects méthodologiques 121
16.1.1 Indicateurs 121
16.1.2 Portée et limites des données 122

16.2 Résultats 122
16.2.1 Perception de la santé mentale 122
16.2.2 Détresse psychologique 125
16.2.3 Conséquences de la détresse psychologique 126

Conclusion 128

Chapitre 17 Idées suicidaires et parasuicides

Introduction 129

17.1 Aspects méthodologiques 129
17.1.1 Indicateurs 129
17.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 130
17.1.3 Portée et limites des données 130

17.2 Résultats 130
17.2.1 Idées suicidaires et parasuicides 130
17.2.2 Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête 131

Conclusion 132

Chapitre 18 Incapacité et limitations d'activités

Introduction 133

18.1 Aspects méthodologiques 133
18.1.1 Indicateurs 133
18.1.2 Portée et limites des données 134

18.2 Résultats 134
18.2.1 Journées d'incapacité 134
18.2.2 Limitations d'activité à long terme 136

Conclusion 139

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU - Recours aux services sociaux et de santé

Chapitre 19 Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Introduction 141

19.1 Aspects méthodologiques 141
19.1.1 Indicateurs 141
19.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 142
19.1.3 Portée et limites des données 142

19.2 Résultats 142
19.2.1 Taux de consultation des professionnels 142
19.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation 147
19.2.3 Lieu de la dernière consultation 147
19.2.4 Satisfaction des services de santé offerts dans sa région 148
19.2.5 Accessibilité géographique 149

Conclusion 149

Chapitre 20 Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Introduction 151

20.1 Aspects méthodologiques 151
20.1.1 Indicateurs 151
20.1.2 Portée et limites des données 152

20.2 Résultats 152

Conclusion 153

Chapitre 21 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Introduction 157

21.1 Aspects méthodologiques 157
21.1.1 Indicateurs 157
21.1.2 Portée et limites des données 158

21.2 Résultats 158
21.2.1 Notoriété du service Info-Santé CLSC 158
21.2.2 Utilisation du service Info-Santé CLSC au moins une fois au cours de la vie ... 160
21.2.3 Utilisation du service Info-Santé CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête 160
21.2.4 Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête 162
21.2.5 Difficulté d'accès au service Info-Santé CLSC 163

Conclusion 163

Chapitre 22 Consommation de médicaments

Introduction 165

22.1 Aspects méthodologiques 165
22.1.1 Indicateurs 165
22.1.2 Portée et limites des données 166

22.2 Résultats 166
22.2.1 Utilisation des médicaments dans la population 166
22.2.2 Classes de médicaments consommés 172

Conclusion 175

Chapitre 23 Vaccination contre la grippe

Introduction 177

23.1 Aspects méthodologiques 177
23.1.1 Indicateurs 177
23.1.2 Portée et limites des données 177

23.2 Résultats 178
23.2.1 Couverture vaccinale contre la grippe 178

Conclusion 178

NIVEAU 2 MILIEU DE VIE IMMÉDIAT - Famille et ménage

Chapitre 24 Familles et santé

Introduction 181

24.1 Aspects méthodologiques 182
24.1.1 Indicateurs 182
24.1.2 Portée et limites des données 182

24.2 Résultats 182
24.2.1 Évolution des structures et des caractéristiques des ménages 182
24.2.2 Familles avec au moins un enfant mineur 184
24.2.3 Qualité des relations des parents avec au moins un enfant mineur 185
24.2.4 Certaines caractéristiques des parents séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) 186
24.2.5 Caractéristiques des parents selon le type de famille 187

Conclusion 188

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE - Milieu social

Chapitre 25 Environnement de soutien

Introduction 189

25.1 Aspects méthodologiques 189
25.1.1 Indicateurs 189
25.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec 190
25.1.3 Portée et limites des données 190

25.2 Résultats 190
25.2.1 Soutien social 190
25.2.2 Situation de vie et satisfaction quant à cette situation 194
25.2.3 Difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » 196
25.2.4 Intimité 198
25.2.5 Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence 199

Conclusion 200

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE - Milieu de travail

Chapitre 26 Travail et santé

Introduction 203

26.1 Aspects méthodologiques 204
26.1.1 Indicateurs 204
26.1.2 Portée et limites des données 205

26.2 Résultats 205
26.2.1 Caractéristiques générales des travailleurs 205
26.2.2 Caractéristiques liées à l'emploi 206
26.2.3 Conditions de travail 208
26.2.4 Problèmes musculo-squelettiques 213
26.2.5 Posture de travail 219

Conclusion 222

Chapitre 27 Environnement psychosocial du travail

Introduction 225

27.1 Aspects méthodologiques 225
27.1.1 Indicateurs 225
27.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 226
27.1.3 Portée et limites des données 226

27.2 Résultats 227
27.2.1 Autonomie décisionnelle au travail 227
27.2.2 Demande psychologique au travail 229
27.2.3 Contraintes psychosociales au travail 230

Conclusion 230

NIVEAU 4 CONDITIONS SOCIALES

Chapitre 28 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Introduction 233

28.1 Aspects méthodologiques 233
28.1.1 Indicateurs 233
28.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 234
28.1.3 Portée et limites des données 234

28.2 Résultats 235
28.2.1 Taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé 235
28.2.2 Déboursés pour les services posthospitaliers 238

Conclusion 238

NIVEAU 5 NORMES, VALEURS ET IDÉOLOGIES DOMINANTES

Chapitre 29 Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Introduction 241

29.1 Aspects méthodologiques 241
29.1.1 Indicateurs 241
29.1.2 Portée et limites des données 242

29.2 Résultats 242
29.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques sociodémographiques 242
29.2.2 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon les habitudes de vie et le soutien social 247
29.2.3 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon diverses dimensions du bien-être ou de l'état de santé 249

Conclusion 250

Conclusion générale 253

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 2 Caractéristiques de la population

Tableau 2.1 Répartition de la population en ménage privé selon l'âge et le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 10

Tableau 2.2 État matrimonial de fait selon le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998 12

Tableau 2.3 État matrimonial de fait selon le l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998 13

Tableau 2.4 Niveau de revenu des personnes dans les ménages selon le sexe, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998 16

Tableau 2.5 Statut d'activité au cours d'une période de douze mois selon le sexe,population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 18

Tableau 2.6 Catégorie professionnelle selon l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 22

Tableau 2.7 Perception de sa situation financière selon l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 23

Tableau 2.8 Perception de la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 24

Tableau 2.9 Patrimoine des personnes dans les ménages selon l'âge, population de15 ans plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 25

Chapitre 3 Usage du tabac

Tableau 3.1 Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 29

Tableau 3.2 Âge auquel la personne a commencé à fumer la cigarette tous les jours, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 30

Tableau 3.3 Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE selon le lieu d'exposition, population de 15 ans plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 32

Chapitre 4 Consommation d'alcool

Tableau 4.1 Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 37

Tableau 4.2 Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 38

Tableau 4.3 Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 39

Tableau 4.4 Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans etplus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 40

Tableau 4.5 Fréquence annuelle d'enivrement selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 41

Chapitre 5 Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Tableau 5.1 Types de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 45

Tableau 5.2 Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 46

Tableau 5.3 Usage de substances psychoactives (drogues et alcool), selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 47

Chapitre 6 Alimentation : perception, pratiques et insécurité alimentaire

Tableau 6.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 51

Tableau 6.2 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 52

Tableau 6.3 Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la perceptionde l'état de santé, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 53

Tableau 6.4 Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon le sexe et l'âge, population de 15 anset plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 54

Tableau 6.5 Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, populationde 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 55

Tableau 6.6 Insécurité alimentaire selon le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 56

Tableau 6.7 Insécurité alimentaire selon la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 56

Chapitre 7 Activité physique

Tableau 7.1 Fréquence de pratique d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, santé 1998 61

Tableau 7.2 Intention de pratique régulière au cours de la prochaine année selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 63

Tableau 7.3 Niveau d'activité physique associé au travail ou à l'activité principale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 64

Chapitre 8 Poids corporel

Tableau 8.1 Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 69

Tableau 8.2 Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 70

Tableau 8.3 Désir de maigrir selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 71

Tableau 8.4 Raisons invoquées pour maigrir selon le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 72

Chapitre 9 Comportements sexuels et utilisation du condom

Tableau 9.1 Personnes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 77

Tableau 9.2 Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 78

Tableau 9.3 Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) parmi les personnes ayant eu un seul partenaire et celles ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 79

Tableau 9.4 Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec le partenaire, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 79

Chapitre 11 Divers comportements de santé propres aux femmes

Tableau 11.1 Fréquence de l'auto-examen des seins selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 87

Tableau 11.2 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 88

Tableau 11.3 Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 89

Tableau 11.4 Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 90

Tableau 11.5 Utilisation de contraceptifs oraux selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 91

Tableau 11.6 Consommation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour toute autre raison selon l'âge, femmes de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 91

Chapitre 12 Perception de l'état de santé

Tableau 12.1 Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 94

Tableau 12.2 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 95

Tableau 12.3 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998 96

Chapitre 13 Problèmes de santé

Tableau 13.1 Nombre de problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 101

Tableau 13.2 Nombre de problèmes de santé selon la suffisance de revenu, la perception de l'état de santé physique et mentale, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 102

Tableau 13.3 Prévalence des problèmes de santé, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987 et 1998 104

Chapitre 14 Problèmes auditifs et problèmes visuels

Tableau 14.1 Degré de perte auditive, population de 16 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 108

Tableau 14.2 Présence d'acouphènes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 109

Tableau 14.3 Fréquence des acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 110

Tableau 14.4 Dérangement lié aux acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 110

Tableau 14.5 Prévalence des problèmes de vision de près et de loin, population 7 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 113

Chapitre 15 Accidents avec blessures

Tableau 15.1 Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 117

Tableau 15.2 Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993 et 1998 118

Tableau 15.3 Victimes d'accidents avec blessures selon le lieu, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993 et 1998 119

Chapitre 16 Santé mentale

Tableau 16.1 Perception de l'état de santé mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 124

Tableau 16.2 Perception de la santé mentale selon le territoire sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 124

Tableau 16.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998 125

Tableau 16.4 Durée des manifestations associées à l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 127

Tableau 16.5 Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis au moins six mois, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 128

Chapitre 17 Idées suicidaires et parasuicides

Tableau 17.1 Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de douze mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 131

Chapitre 18 Incapacité et limitations d'activités

Tableau 18.1 Limitation des activités selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 137

Tableau 18.2 Limitation des activités selon le sexe et l'âge, population en ménage privée, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 138

Chapitre 19 Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux

Tableau 19.1 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 143

Tableau 19.2 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 144

Tableau 19.3 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 145

Tableau 19.4 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certains indicateurs de santé, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 146

Tableau 19.5 Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 147

Tableau 19.6 Satisfaction de la population des 15 ans et plus vis-à-vis les services de santé, selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et certains indicateurs de santé, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 148

Chapitre 20 Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers

Tableau 20.1 Personnes qui, au cours de la dernière année, ont été traitées en chirurgie d'un jour ou ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, Québec, 1998 152

Chapitre 21 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Tableau 21.1 Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 159

Tableau 21.2 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de la vie par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence selon le sexe et l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 160

Tableau 21.3 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence selon le sexe et l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 161

Tableau 21.4 Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence selon certaines caractéristiques, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 162

Tableau 21.5 Fréquence d'utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 162

Chapitre 22 Consommation de médicaments

Tableau 22.1 Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 167

Tableau 22.2 Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998 168

Tableau 22.3 Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit ou non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 169

Tableau 22.4 Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998 170

Tableau 22.5 Personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998 171

Tableau 22.6 Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 172

Tableau 22.7 Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours ayant précédé l'enquête selon le nombre de classes de médicaments pris et le sexe, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 173

Tableau 22.8 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 174

Chapitre 24 Familles et santé

Tableau 24.1 Ménages non familiaux et familiaux (enfants de tous âges) selon le type, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 183

Tableau 24.2 Familles avec au moins un enfant mineur, selon le type de famille, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 184

Tableau 24.3 Familles avec au moins un enfant mineur, selon le type de famille et le nombre d'enfants, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 185

Tableau 24.4 Familles avec au moins un enfant mineur, selon le type de famille et le revenu du ménage, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 185

Chapitre 25 Environnement de soutien

Tableau 25.1 Indice de soutien social selon la région et le Québec, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 191

Tableau 25.2 Indice de faible soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993, 1998 192

Tableau 25.3 Satisfaction quant à la vie sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 194

Tableau 25.4 Situation de vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 195

Tableau 25.5 Bonheur de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus vivant seule, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 196

Tableau 25.6 Personnes qui ont ou non, un conjoint, un « chum » ou une « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 197

Tableau 25.7 Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 198

Tableau 25.8 Indice d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 199

Tableau 25.9 Indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 200

Chapitre 26 Travail et santé

Tableau 26.1 Personnes occupant un emploi rémunéré selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 206

Tableau 26.2 Type d'emploi, taille de l'entreprise, statut de syndicalisation, statut de permanence, statut d'emploi et type de profession selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 207

Tableau 26.3 Exposition à certaines conditions organisationnelles de travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 209

Tableau 26.4 Exposition à des risques physiques et chimiques selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 211

Tableau 26.5 Violence physique, intimidation et paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 213

Tableau 26.6 Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 215

Tableau 26.7 Conséquence des douleurs ressenties sur le travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 218

Tableau 26.8 Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours selon les membres touchés et douleurs musculo-squelettiques perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998. 219

Tableau 26.9 Posture de travail debout ou assise selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998..... 220

Tableau 26.10 Présence de douleurs ressenties perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le site et la posture de travail générale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 222

Chapitre 27 Environnement psychosocial du travail

Tableau 27.1 Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998..... 227

Tableau 27.2 Autonomie décisionnelle au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993 et 1998..... 228

Tableau 27.3 Autonomie décisionnelle au travail selon les heures hebdomadaires travaillées, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 228

Tableau 27.4 Demande psychologique au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998..... 229

Tableau 27.5 Contrainte psychosociale au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998..... 230

Chapitre 28 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Tableau 28.1 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 235

Tableau 28.2 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 236

Tableau 28.3 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type d'assurance, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 237

Tableau 28.4 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type de services assurés, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 238

Chapitre 29 Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Tableau 29.1 Importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 243

Tableau 29.2 Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 244

Tableau 29.3 Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 245

Tableau 29.4 Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987 et 1998 246

Tableau 29.5 Appartenance religieuse actuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 247

Tableau 29.6 Habitudes de vie (cigarette, alcool, drogue) et soutien social selon l'importance accordée à la vie spirituelle et à la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 248

Tableau 29.7 Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon diverses variables reliées à l'état de santé, population de 15 ans et plus, 1998 250

LISTE DES FIGURES

Chapitre 2 Caractéristique de la population

Figure 2.1 Population totale dans les ménages privés selon l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 11

Figure 2.2 Scolarité relative de la population âgée de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, Enquête sociale et de santé 1998 14

Figure 2.3 Niveau de revenu des personnes dans les ménages, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998 15

Figure 2.4 Niveau de revenu des personnes dans les ménages selon l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 17

Figure 2.5 Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998 18

Figure 2.6 Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 19

Figure 2.7 Catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 20

Figure 2.8 Catégorie professionnelle selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 21

Figure 2.9 Perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 23

Chapitre 12 Perception de l'état de santé

Figure 12.1 Pourcentage des personnes qui estiment que leur santé est moyenne ou mauvaise, selon certaines caractéristiques sociales et économiques population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 97

Chapitre 15 Accidents avec blessures

Figure 15.1 Répartition des lieux des accidents avec blessures pour les personnes ayant eu qu'un seul accident, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 120

Chapitre 16 Santé mentale

Figure 16.1 Perception de la santé mentale, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 123

Chapitre 18 Incapacité et limitations d'activité

Figure 18.1 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 135

Figure 18.2 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 136

Figure 18.3 Causes des limitations d'activité, personnes avec limitations d'activité vivant en ménage privé, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 139

Chapitre 21 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Figure 21.1 Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe et le territoire sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 159

Chapitre 23 Vaccination contre la grippe

Figure 23.1 Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 178

Chapitre 24 Famille et santé

Figure 24.1 Durée de la séparation des parents des enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 186

Figure 24.2 Modalités de garde des parents des enfants de moins de 18 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 187

Chapitre 25 Environnement de soutien

Figure 25.1 Pourcentage des personnes qui estiment que leur soutien social est faible selon certaines caractéristiques sociales et économiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 193

Chapitre 26 Travail et santé

Figure 26.1 Douleurs musculo-squelettiques ayant le plus dérangé selon la partie du corps et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de douze mois, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 217

Figure 26.2 Posture de travail générale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998 221

Activité physique de loisir : fréquence de la participation à des activités physiques de loisir d'une durée d'au moins 20 à 30 minutes par séance, au cours des 3 mois ayant précédé l'enquête. Les catégories de réponses possibles sont : trois fois par semaine et plus, deux fois par semaine, une fois par semaine, une à trois fois par mois et aucune fois.

Autonomie décisionnelle au travail : indice constitué de neuf questions provenant du *Job Content Questionnaire*; ces questions portent d'abord sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles et, ensuite, sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans *l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, et ce, pour distinguer les personnes ayant un niveau faible ou élevé d'autonomie décisionnelle au travail.

Catégorie professionnelle : basé sur la *Classification canadienne des professions*, cet indicateur classe les personnes selon le genre d'emploi qu'elles occupent au moment de l'enquête.

Demande psychologique au travail : indice constitué de neuf questions provenant du *Job Content Questionnaire*; ces questions portent sur la quantité de travail exigée dans l'emploi, les exigences mentales des tâches et les contraintes de temps pour effectuer le travail demandé. Les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, et ce, pour distinguer les personnes ayant un niveau faible ou élevé de demande psychologique au travail.

État matrimonial de fait : tient compte à la fois de l'état matrimonial légal et de la situation de fait déclarés par les individus de 15 ans et plus.

Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence : indice constitué de sept questions posées aux personnes de 18 ans et plus; ces questions portent sur les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, entre autres, le divorce des parents, une longue hospitalisation, le chômage prolongé des parents, la consommation fréquente d'alcool ou l'usage fréquent de drogues par un parent. Le score total de l'indice est établi à partir du nombre d'événements déclaré par les répondants qui ont fourni au moins une réponse positive à l'une ou l'autre des questions. Un score plus élevé indique plus de facteurs de stress. Quatre catégories de réponse d'événements traumatisants sont utilisées : aucun, un, deux et trois ou plus. Cet indice a été développé par Statistique Canada.

Groupe ethnoculturel (majoritaire, minoritaire) : indice d'appartenance ethnoculturelle basé sur la langue maternelle de la personne, son lieu de naissance ainsi que celui de ses parents.

Indice de détresse psychologique : est constitué de 14 questions portant sur des états dépressifs ou anxieux et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le quintile supérieur de

l'échelle, adopté lors des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec pour constituer la catégorie « élevée », a été conservé pour la présente enquête.

Indice de difficulté dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » : indice constitué de trois questions portant sur la satisfaction conjugale avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde », qu'on vive ou non avec la personne. Le score total est établi à partir du nombre de difficultés vécues par le répondant. Il varie entre 0 et 3. Le niveau 0 équivaut à aucune difficulté, 1 à des difficultés légères, 2 à des difficultés moyennes et 3 à des difficultés sévères. L'indice a été développé par Statistique Canada.

Indice de masse corporelle : aussi appelé « Indice de Quételet », il est considéré, dans les enquêtes sur la population, comme la mesure la plus appropriée pour déterminer l'excès de poids associé à divers risques pour la santé. Il est le résultat de la division du poids exprimé en kilogrammes par la taille en mètres, élevée au carré.

Indice de soutien social : établi à partir de sept questions, il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

Insécurité alimentaire : indice constitué de trois questions provenant du *Questionnaire Radimer/Cornel* (13 questions) et posées à l'informateur clé répondant pour tous les membres du ménage. Ces trois questions portent sur la monotonie du régime, la restriction de l'apport alimentaire, et pour les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans, l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants du ménage par manque de ressources financières. L'utilisation de 3 questions sur 13 se base sur les résultats d'une étude sur l'insécurité alimentaire réalisée dans la région de Québec.

Journées d'incapacité : journées comptées à partir du nombre de journées d'alitement, de journées d'incapacité par rapport à une activité principale et de journées de restriction des activités habituelles, déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête. Elles sont présentées sous forme d'une moyenne annuelle par personne, établie sur la base de l'ensemble de la population.

Langue maternelle : première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le répondant.

Limitations d'activité : ce qui restreint une personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique, physique ou mentale, ou d'un problème de santé.

Ménage : constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé.

Niveau de revenu : indice commun à tous les membres du ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes. Il n'est pas comparable à l'indice utilisé dans les enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec.

Nombre de problèmes de santé : cet indicateur aborde les problèmes de santé sous l'angle de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé. L'indicateur comprend trois catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré « aucun problème de santé », « un problème de santé (inclut les problèmes d'une durée de moins de six mois et ceux d'une durée de six mois et plus) » et « plus d'un problème de santé (inclut les problèmes d'une durée de moins de six mois et ceux d'une durée de six mois et plus) ». Il est à noter que les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour ainsi que d'autres problèmes de santé mentionnés seulement à la QRI141 portant sur les 4 derniers mois ne sont pas inclus.

Nombre et durée des problèmes de santé : cet indicateur aborde les problèmes de santé sous l'angle de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et introduit la notion de chronicité des problèmes. L'indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes en quatre catégories, soit « aucun problème de santé », « des problèmes de courte durée seulement (soit des problèmes d'une durée de moins de six mois) », « un problème de longue durée (soit un problème d'une durée de six mois ou plus) » et « plus d'un problème de longue durée (soit des problèmes d'une durée de six mois ou plus) ». Il est à noter que les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour ainsi que d'autres problèmes de santé mentionnés seulement à la QRI141 portant sur les 4 derniers mois ne sont pas inclus.

Parasuicide : ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort.

Pe : nombre estimé de personnes, dans la population, correspondant à une proportion ou à un taux donné.

Perception de l'état de santé : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur état de santé comparativement à celui des personnes de leur âge. Cinq catégories de réponse sont possibles : excellent, très bon, bon, moyen et mauvais. Cette question a été utilisée lors des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec.

Perception de la santé mentale : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur santé mentale comparativement à celle des personnes de leur âge. Cinq catégories de réponse sont possibles : excellente, très bonne, bonne, moyenne et mauvaise. Cette question provient d'une mesure semblable développée et utilisée lors de la *National Comorbidity Study* menée aux États-Unis et de l'enquête de santé mentale ontarienne menée au début des années 90. Au Québec, ce même indicateur a été utilisé sur l'île de Montréal, en 1992, lors d'une enquête sur la santé mentale visant à déterminer les besoins de services en santé mentale. C'est la première fois que cette question est utilisée dans le cadre d'une enquête de la Direction Santé Québec.

Perception de sa situation financière : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur situation financière comparativement à celle des personnes de leur âge. Quatre catégories de réponse sont possibles : à l'aise, suffisant, pauvre et très pauvre. Cette question a été utilisée lors de l'enquête de 1992-1993 de Santé Québec.

Problèmes de santé de longue durée : cet indicateur aborde les problèmes de santé sous l'angle de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et introduit la notion de chronicité des problèmes. L'indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes en trois catégories, soit « aucun problème (inclut aucun problème et des problèmes d'une durée de moins de six mois) », « un problème (inclut uniquement des problèmes d'une durée de six mois ou plus) » et « plus d'un problème (inclut uniquement des problèmes d'une durée de six mois ou plus) ». Il est à noter que les problèmes de santé à l'origine de l'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour ainsi que d'autres problèmes de santé mentionnés seulement à la QRI141 portant sur les 4 derniers mois ne sont pas inclus.

QAA : questionnaire autoadministré s'adressant à tous les individus d'un ménage âgés de 15 ans ou plus. Il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu du travail, le milieu social, la famille, la sexualité et la santé psychologique.

QRI : questionnaire rempli par l'intervieweur, il s'adresse à un informateur clé répondant pour tous les membres du ménage; il porte principalement sur les limitations d'activité, les accidents avec blessures, les problèmes de santé, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé ou services sociaux.

Satisfaction face à la vie sociale : il s'agit d'une seule question où les individus de 15 ans et plus autoévaluent leur satisfaction face à leur vie sociale. Les réponses ont été regroupées en trois catégories : non satisfait, plutôt satisfait et très satisfait. Cette question a été utilisée lors des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec.

Scolarité relative : niveau de scolarité d'un individu comparativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et du même sexe; le quintile 1 correspond à la plus faible scolarité.

Statut d'activité habituelle : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Statut d'activité (deux semaines) : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête.

Type de buveur : distingue les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais bu d'alcool, les anciens buveurs qui n'en ont pas consommé au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les buveurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de consommateur de drogues : distingue les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais consommé de drogues, les anciens consommateurs qui ne l'ont pas fait au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les consommateurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de fumeur : distingue les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que chaque jour, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais qui ont cessé, et les personnes qui n'ont jamais fumé.

UPE : unité primaire d'échantillonnage qui est formée de secteurs de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement. Un certain nombre de ces UPE ont été tirées aléatoirement par la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales de l'ISQ au cours du processus d'échantillonnage de l'enquête.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

A l'instar de tous les pays industrialisés, la société québécoise a mis en place un système de santé visant à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Pour des raisons liées à la démographie, à la culture, à l'éducation ou à l'économie, les besoins en matière de santé sont en perpétuelle mouvance. L'état de santé doit être mesuré à intervalles réguliers pour suivre cette évolution et permettre d'ajuster les objectifs aux nouvelles réalités.

Les enquêtes sur l'état de santé et de bien-être servent à recueillir des renseignements contribuant à la détermination des besoins, des secteurs d'intervention prioritaires, à l'allocation des ressources et à l'évaluation des programmes. Elles sont utiles à toutes instances préoccupées par la santé.

En 1987 se déroulait pour la première fois, au Québec, une enquête sociale et de santé touchant l'ensemble de la population. Elle était sous la responsabilité de Santé Québec. Cinq ans plus tard, en 1992-1993 se déroulait une seconde enquête reprenant sensiblement les mêmes thèmes abordés en 1987 dans le but de faire le suivi de l'état de santé des québécois. L'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Quelques sujets touchés en 1987, mais qui n'avaient pas été abordés en 1992-1993, ont été repris en 1998. La présente enquête a aussi la particularité d'aborder plusieurs nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures. Ce rapport est ainsi le troisième de la série d'analyses régionales que nous avons mené de ces enquêtes.

Modèle systémique pour l'analyse de l'état de santé et de bien-être

L'Enquête sociale et de santé 1998 propose un nouveau[1] modèle théorique pour l'analyse de la santé et du bien-être[2]. Elle est en effet l'occasion d'explorer une approche systémique ou écologique pour étudier des problématiques ou des thèmes dans une population. Ce modèle comprend cinq niveaux : les caractéristiques de l'individu, son milieu de vie immédiat, son réseau d'appartenance, les conditions sociales et l'environnement physique et, finalement, les normes, valeurs et idéologies dominantes. La structure du rapport est basée sur ce modèle.

[1] Soulignons toutefois que l'ancien modèle (déterminants – état de santé – conséquences) s'inscrit dans le présent modèle.

[2] CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

Le rapport régional

La majorité des thèmes abordés dans ce rapport étant similaires à ceux du rapport général publié par Santé Québec, il s'est avéré approprié de s'y coller de très près. Ainsi, plusieurs passages sont tirés de l'introduction et de la méthodologie de chacun des chapitres. Toutefois, malgré les similitudes évoquées, tous les résultats présentés dans le rapport provincial n'ont pu être repris dans l'analyse régionale en raison des limites imposées par la taille de l'échantillon régional de l'enquête de 1998. Les tendances observées à l'aide de l'échantillon provincial ont été rapportées pour compléter l'analyse. De plus, le thème abordé dans le chapitre 10 soit l'orientation sexuelle et santé n'a pu faire l'objet d'analyse, les effectifs en région étant trop faibles. Nous avons cependant cru bon de rappeler dans notre rapport régional, les grandes conclusions qui ressortent de l'analyse de l'ensemble des données du Québec. Celles-ci seront utiles pour orienter les interventions auprès de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Enfin, il est fortement suggéré aux lecteurs intéressés par les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, de prendre connaissance du rapport provincial de l'enquête qui rend compte d'une analyse riche de renseignements que permet un échantillon représentant l'ensemble du Québec. Finalement, il serait bon de rappeler que les données présentées dans ce rapport font une analyse descriptive des résultats de l'enquête et que des analyses plus poussées peuvent être possibles. Les chercheurs intéressés à explorer plus en profondeur les données de *l'Enquête sociale et de santé 1998* peuvent s'adresser directement à la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec.

Structure du rapport

Un premier chapitre porte sur les méthodes utilisées dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, ainsi que sur la portée et les limites de l'enquête. Suit le chapitre sur les caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques décrivant la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Vient ensuite la présentation des résultats. Les chapitres qui y sont consacrés sont répartis de façon inégale entre cinq parties distinctes, correspondant aux cinq niveaux du modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être, mais interreliées sur le plan du contenu.

Niveau 1 – Caractéristiques de l'individu
Les habitudes de vie et les comportements préventifs sont traités aux chapitres 3 à 11. L'état de santé et de bien-être est couvert par les chapitres 12 à 18. Le recours aux services sociaux et de santé (chapitres 19 à 23) permet de rendre compte de l'accès aux services de santé et de l'utilisation qui en est faite.

Niveau 2 – Milieu de vie immédiat
Les ménages et les familles font l'objet d'une description quant à l'évolution observée au cours des années (chapitre 24).

Niveau 3 – Réseau d'appartenance
Le milieu social est ici pris au sens de l'environnement de soutien et des relations interpersonnelles. Le milieu de travail peut présenter des risques tant psychologiques que physiques. Les chapitres 25 à 27 en font état.

Niveau 4 – Conditions sociales et environnement physique
Ce niveau a trait aux politiques, aux programmes et aux services dont la population ou certains sous-groupes peuvent se prévaloir ainsi qu'aux mesures environnementales touchant l'ensemble des collectivités (chapitre 28).

Niveau 5- Normes, valeurs et idéologie dominantes
Les valeurs spirituelles et la pratique religieuse sont explorées à titre de facteurs pouvant être associés à l'état de santé et de bien-être (chapitre 29).

Chaque chapitre comprend quatre parties : l'introduction, un rappel des aspects méthodologiques, les variables d'analyse, la portée et les limites des données. Après la description des résultats, une conclusion rappelle les principaux faits saillants.

CHAPITRE 1

MÉTHODES

SYLVIE BERNIER

Introduction

Ce premier chapitre résume des principaux éléments méthodologiques reliés à l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Pour des renseignements plus complets sur les différents aspects de l'enquête, les lecteurs sont invités à se référer au chapitre 1 du rapport provincial et au cahier technique et méthodologique de l'enquête.

1.1 Procédures de collecte

1.1.1 Instruments de collecte des données

Les instruments de l'enquête ont été élaborés avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé, des universités et des services sociaux. Les outils principaux, le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire autoadministré (QAA), ont été repris des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993, mais adaptés aux objectifs de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. En général, on a conservé le libellé exact des questions afin d'assurer la comparabilité des données entre les enquêtes. Cependant, il est arrivé occasionnellement d'abandonner certaines questions au profit d'indicateurs actuels. Il est à noter que plusieurs sujets sont cependant étudiés pour la première fois dans la présente enquête. Pour ceux-ci, des questions déjà validées ou provenant d'autres enquêtes populationnelles ont été privilégiées, sinon de nouvelles questions ont été proposées et approuvées par le comité d'orientation et par le comité scientifique de l'enquête.

Le QRI contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté aux fins de l'entrevue. Il vise à recueillir des renseignements portant sur chacun des membres de la maisonnée auprès d'un informateur clé. Ses principaux thèmes, déjà présents dans les deux enquêtes antérieures, sont l'incapacité et la limitation d'activité, le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents avec blessures ainsi que les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques. S'ajoutent à cette liste, les problèmes de santé, la vision et l'audition qui n'avaient pas été étudiés depuis 1987. Les sujets suivants sont examinés pour la première fois en 1998 : les chirurgies d'un jour et les hospitalisations, certains symptômes respiratoires, la couverture des frais de santé par une assurance privée, la sécurité alimentaire et l'air ambiant au domicile.

Reprenant les sujets déjà présents dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993, le questionnaire autoadministré (QAA), destiné aux personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions

sur la perception de l'état de santé, les habitudes de vie (usage du tabac, consommation d'alcool, de drogues ou autres substances psychoactives, alimentation, activité physique, poids corporel), l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, l'environnement de soutien, la famille, certains comportements de santé propres aux femmes et les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques (annexe 3). De nouvelles sections portant sur le service Info-Santé CLSC, la sexualité (incluant une question sur l'orientation sexuelle) et le problème auditif que constituent les acouphènes font partie du QAA de 1998. Par ailleurs, on a élaboré davantage la section sur le travail et ajouté des questions sur les valeurs spirituelles.

1.1.2 Prétest

À la fin de l'été 1997, un prétest a été effectué pour vérifier le déroulement des opérations prévues et déterminer les dernières corrections devant être apportées aux instruments de l'enquête. Ce prétest a eu lieu auprès de 251 ménages, dont 50 ménages anglophones, en provenance de Laval, de la rive nord avoisinante et de différents quartiers de la région sociosanitaire de Montréal-Centre.

1.1.3 Plan de sondage

La population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* est celle habitant l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite.

Sauf exception[3], tous les membres des ménages privés sont visés. Par ailleurs, les personnes vivant dans des ménages collectifs tels que les centres d'accueil et les hôpitaux sont exclues de la population visée. Ces personnes représentent environ 1,7 % de l'ensemble de la population québécoise. Finalement, les personnes habitant des réserves indiennes ne sont pas considérées ici. En tout, la population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* représente 97,3 % de l'ensemble de la population québécoise.

L'ensemble du territoire où vit cette population a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Celles-ci correspondent généralement à des secteurs de dénombrement du recensement canadien de la population de 1991. L'ensemble de ces unités forme le premier niveau de la base de sondage.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région sociosanitaire et d'une aire homogène. En tout, on dénombre 16 régions sociosanitaires et 12 aires homogènes. Ces dernières sont obtenues en découpant d'abord le Québec en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales (C), les agglomérations et villes (A) et le monde rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires en fonction de conditions socioéconomiques associées à l'état de santé :

[3] Notamment, les représentants de gouvernements étrangers et leur famille ainsi que les visiteurs étrangers ne sont pas visés par l'enquête.

une aire vulnérable (1), une aire intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3). La définition des aires homogènes se fait à partir de variables socioéconomiques obtenues du recensement de 1991.

À l'intérieur de chaque strate, l'échantillon a été sélectionné en deux étapes. Premièrement, un échantillon aléatoire d'UPE a été choisi avec probabilités proportionnelles au nombre de ménages privés recensés en 1991. Ensuite, on a procédé à l'énumération des logements privés pour établir une liste exhaustive des logements appartenant à chaque UPE sélectionnée. Les listes ainsi constituées forment le second niveau de la base de sondage. On y a tiré de façon systématique des logements à partir d'un point de départ aléatoire.

Comme mentionné précédemment, sauf quelques exceptions, toutes les personnes appartenant au ménage privé résidant dans les logements choisis sont visées par l'enquête. Il n'y a donc pas de tirage aléatoire à ce niveau puisque toutes les personnes font partie de l'échantillon.

La taille totale de l'échantillon des logements et sa répartition par strate ont été établies de manière à obtenir :

- des échantillons régionaux d'au moins 800 logements (sauf pour la région du Nord-du-Québec dont la taille de l'échantillon a été fixée à 680 logements) pour permettre des analyses régionales;
- des échantillons plus considérables pour les régions plus populeuses telles que Montréal-Centre et la Montérégie pour augmenter la précision des estimations nationales;
- des unités supplémentaires permettant de répondre à des objectifs définis par les intervenants des régions eux-mêmes.

Avec ces critères, la taille totale de l'échantillon provincial a été déterminée initialement à 15 330 logements.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a donc un plan de sondage stratifié par région et par aires homogènes à deux degrés d'échantillonnage : les UPE puis les logements. Par ailleurs, la répartition de l'échantillon des logements par strate est faite de façon non proportionnelle puisqu'elle ne correspond pas à la répartition trouvée dans la population. Finalement, les personnes interrogées sont concentrées au niveau d'un ménage privé.

1.1.4 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de janvier 1998 à décembre 1998 en quatre périodes de collecte disjointes de trois mois chacune afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et de certains comportements reliés aux habitudes de vie. Pour chaque période, la taille de l'échantillon par strate est similaire. Une période d'énumération des logements des UPE sélectionnées précédait chaque période de collecte.

Rappelons que le ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement sélectionné comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de

résidence habituel ailleurs. Sauf exception, on recueillait des informations sur tous les membres du ménage privé. Ainsi, dans chaque ménage privé habitant un logement sélectionné, une entrevue assistée par ordinateur a été effectuée avec un répondant clé âgé de 18 ans et plus; une fois que l'entrevue était terminée et le QRI rempli, l'informateur clé du ménage devait répondre également au QAA qui lui était destiné. Les autres personnes du ménage âgées de 15 ans et plus étaient en outre invitées à remplir chacune un QAA.

Des coordonnatrices régionales assuraient la bonne marche de l'enquête dans leur région respective.

1.1.5 Taille de l'échantillon et non-réponse

La taille de l'échantillon pour la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été fixée au départ à 800 logements. Le taux de réponse pour notre région a été de 88,8 % au QRI, tandis que les personnes admissibles au QAA dans la région ont répondu dans une proportion de 85,2 %; cependant, le taux de réponse au QAA doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade et correspondent plutôt au produit du taux de réponse au QRI et de celui du QAA; le taux ainsi calculé est de 75,7 % ce qui est inférieur à celui obtenu à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (87,5 %). Le taux de non-réponse globale est plus élevé chez les personnes de 15-24 ans et de 65 ans et plus; les hommes sont davantage représentés parmi les non-répondants. Certains ajustements sont cependant faits dans la présente enquête pour minimiser l'effet potentiellement néfaste de la non-réponse totale sur les estimations produites.

En plus de la non-réponse globale, il se peut qu'un biais soit présent dans les estimations en raison de la non-réponse des répondants à des questions particulières; on parle alors de taux de non-réponse partielle. Lorsque ce taux excède 5 %, il faut être prudent dans l'interprétation de cette variable. Ainsi, pour chacun des chapitres, s'il y a un taux de non-réponse partielle problématique, il en sera fait mention à la section portée et limites des données.

1.2 Traitement des données

1.2.1 Validation

Autant pour le QAA que pour le QRI, les premières vérifications du contenu des questionnaires ont été effectuées par la firme de sondage, le Groupe Léger & Léger inc. Les fichiers des deux questionnaires ont ensuite été acheminés à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) dont les premières vérifications ont porté sur divers aspects relatifs à la gestion de l'échantillon et de la collecte. Des vérifications faites à l'aide de données sur l'âge et le sexe des répondants ont permis de s'assurer que les restrictions associées aux questions ou aux sections s'adressant à un sous-groupe d'individus avaient été respectées. En deuxième lieu, les vérifications des validations dont la firme de sondage était responsable ont été faites. Finalement, des validations supplémentaires ont été faites sur la cohérence des données à l'aide d'une série de croisements complexes entre les questions et à une validation interinstrument.

1.2.2 Pondération

Les données présentées dans ce rapport sont toutes pondérées. La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. La pondération tient compte du plan de sondage et de la non-réponse. De plus, un ajustement des poids à la distribution de la population selon la région, l'âge, et le sexe a été effectué pour chacun des instruments de l'enquête.

1.2.3 Analyse

À l'instar des enquêtes antérieures de Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels et chercheurs du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés en général de deux à cinq personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires, proposé le plan d'analyse des données portant sur leur thème et formulé des demandes de tableaux. Ces derniers ont été produits par l'ISQ et analysés subséquemment par les groupes. C'est à partir de ces plans d'analyse qu'un comité formé de représentants régionaux, sous la coordination de Santé Québec, a formulé des demandes de tableaux pour les analyses régionales. Ces extrants ont été produits par Santé Québec et analysés subséquemment par les groupes d'analyse des diverses régions en suivant le modèle des analyses provinciales.

Les analyses proposées dans le présent rapport sont essentiellement descriptives. Cette orientation a été retenue pour rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, décideurs et chercheurs. Aux fins de la présente analyse, les données ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge; cependant, lors des comparaisons des résultats avec ceux des autres enquêtes de Santé Québec, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont généralement comparés, ce qui permet de contrôler, le cas échéant, l'effet confondant de ces variables. Par ailleurs, le recours aux données pondérées rend possible l'inférence à la population visée.

Les résultats présentés tiennent compte du plan de sondage. Des effets de plan médian ont été produits et utilisés lors de l'analyse. Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur type de l'estimation par l'estimation elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les estimations, dont le CV est inférieur ou égal à 15 %, sont présentées sans commentaire; celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif.

Le traitement des mesures catégoriques a d'abord été fait à l'aide d'un test du khi deux. Dans le cas d'un test significatif, on pouvait au besoin procéder à un test de comparaison de proportions. Dans tous les cas, un ajustement au test usuel a été effectué pour tenir compte de la complexité du plan

de sondage. Une approche semblable a également été mise à profit pour le traitement des variables continues.

Des intervalles de confiance ont également servi à l'analyse des données. Leur calcul a aussi été fait en tenant compte du plan de sondage de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ces intervalles sont présentés dans le rapport et un coefficient de variation élevé est indiqué, s'il y a lieu, pour spécifier la précision des estimations.

1.3 Présentation des résultats

Plusieurs variables d'analyse, dont la distribution est présentée dans les chapitres qui suivent, ont dû être dichotomisées pour les croisements avec d'autres variables à cause des petits nombres en cause. La majorité des régions ont comparé leurs résultats avec ceux de l'ensemble du Québec, sauf Montréal et la Montérégie qui l'ont fait avec le reste du Québec.

Dans le but d'alléger le texte, il n'y a habituellement pas de mention particulière si les résultats sont semblables à ceux du Québec. Seul le fait de proportions ou tendances statistiquement différentes de l'ensemble du Québec est souligné. D'autre part, seules les différences significatives au seuil de 5 % sont mentionnées dans le texte.

Comme l'échantillon pour la présente enquête est plus petit que celui de 1992-1993 où nous avions suréchantillonné la population, il est parfois difficile de percevoir des différences statistiquement significatives en raison des petits effectifs en cause. Dans ces cas en particulier, certaines différences non significatives sont signalées si elles présentent un intérêt en matière de santé et qu'elles sont observées dans les résultats provinciaux. Elles sont alors exprimées sous forme de tendances. Il peut par ailleurs arriver que deux proportions pour lesquelles les estimations semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation. On dit dans ce cas qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions.

Dans le cadre des comparaisons d'indices basées sur les enquêtes de 1987, 1992-1993 et de 1998, des ajustements ont parfois été nécessaires. En effet, la méthode de construction de certains indices peut différer selon les enquêtes. Le cas échéant, la méthode de construction utilisée dans l'enquête de 1998 a été privilégiée. Ainsi, les indices relatifs aux enquêtes précédentes ont été recalculés sur la base de la méthode de construction retenue pour 1998. De plus, dans les rares cas d'estimations faites au niveau du ménage, les données de 1987 et de 1992-1993 ont été révisées à l'aide d'un ajustement à la population semblable à celui fait pour les données de 1998, de sorte que les résultats publiés dans le présent rapport pour ce genre d'estimations peuvent différer de ceux publiés antérieurement.

1.4 Portée et limites de l'enquête

Malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et des tests et pour minimiser les biais, il est impossible, comme pour toutes les enquêtes populationnelles, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de désirabilité sociale ou, encore, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les membres du ménage, recueillis au QRI, peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne.

D'autre part, un examen plus approfondi des effets potentiels de la tempête de verglas de janvier 1998 venue perturber les opérations de la première période de collecte a aussi été effectué. L'objectif poursuivi par l'analyse consistait à vérifier si la tempête de verglas avait eu un impact sur les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* qui pourrait faire échec à l'obtention d'un portrait évolutif de la santé des Québécois exempt d'effets conjoncturels. Il faut en effet se rappeler que l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit en continuité des deux enquêtes précédentes (l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*) tant par son contenu que par sa méthodologie, dans le but d'assurer une comparabilité des données et de fournir de l'information sur l'évolution du portrait sociosanitaire des Québécois vivant en ménage privé.

Les résultats de l'analyse ont montré que pour les quelques mesures de santé qui distinguaient de façon significative les ménages sinistrés des autres, notamment la consultation d'un professionnel de la santé, le nombre de problèmes de santé, l'indice de détresse psychologique et la consommation d'alcool (plus de 14 consommations en une semaine), les différences plutôt faibles étaient constantes dans le temps et ne se concentraient pas à la première période de collecte. Ainsi, l'étude n'a pas montré d'effets significatifs conjoncturels sur les estimations produites dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* associés à la tempête de verglas de janvier 1998. Aucune correction des données n'a donc été jugée nécessaire pour la comparaison des estimations des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 avec celles de la présente enquête.

Par ailleurs, une enquête transversale comme l'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. Cependant, ce genre d'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées.

Il est également à noter que les analyses présentées dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des méthodes bivariées. La prudence est donc de mise dans l'interprétation de certains résultats pour lesquels le contrôle de certains facteurs exogènes aurait été nécessaire et rendu possible par le recours à la standardisation ou à l'analyse multivariée. L'approche retenue a néanmoins l'avantage de permettre une bonne description, fort utile en soi, et qui constitue par ailleurs une excellente exploration des données recueillies.

Finalement, il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, celle vivant dans des logements collectifs, notamment dans les établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, il faut se garder de leur appliquer les résultats obtenus ici. Cette particularité de l'échantillon, fréquente dans ce genre d'enquêtes, peut mener à une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé dans l'ensemble de la population québécoise.

CHAPITRE 2

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

YVES PEPIN

Introduction

Les caractéristiques sociodémographiques présentées dans ce chapitre sont l'âge, le sexe et l'état matrimonial. Sur le plan socioéconomique, le chapitre traite de la scolarité relative, du revenu des ménages, du statut d'activité et de la catégorie professionnelle des personnes occupant un emploi. Cette section fait état, en outre, des données sur le statut socioéconomique : la perception de sa situation financière, la durée de la pauvreté perçue et le patrimoine accumulé.

2.1 Caractéristiques démographiques

2.1.1 Structure par âge et sexe

Les informations sur l'âge et le sexe de la population enquêtée proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et ces renseignements sont validés partiellement à partir des renseignements fournis par les personnes âgées de 15 ans et plus ayant répondu au questionnaire autoadministré (QAA). Pour notre région, ces données sont complètes. Il faut ajouter que les données de l'enquête ont été pondérées en fonction de la distribution de la population de 1998, selon l'âge et le sexe.

En 1998, la région comptait 234 507 hommes et 239 245 femmes vivant en ménages privés. Ainsi, les hommes représentent 49,8 % de notre population et les femmes, 50,2 %. La répartition entre hommes et femmes dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec reste similaire à celle du Québec (49,5 % pour les hommes et 50,5 % pour les femmes) et est demeurée stable depuis 1992-1993.

La structure par âge de notre population s'avère, elle aussi, comparable à celle de l'ensemble de la population québécoise (tableau 2.1).

Tableau 2.1

Répartition de la population en ménage privé selon l'âge et le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998

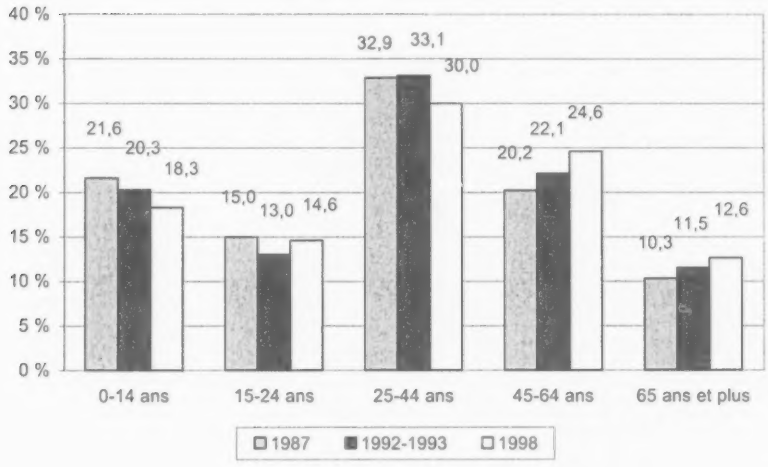
Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Région	Québec	Région	Québec	Région	Québec
Sexes réunis						
0-14 ans	18,9	19,4	17,6	18,2	18,3	18,8
15-24 ans	15,0	14,0	14,1	13,1	14,6	13,6
25-44 ans	30,7	33,1	29,3	31,7	30,0	32,4
45-64 ans	24,6	23,7	24,6	24,0	24,6	23,9
65 ans et plus	10,8	9,8	14,3	13,0	12,6	11,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pe '000	235	3 551	239	3 662	474	7 173

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On assiste à un vieillissement de la population en ménage privé de 1992-1993 à 1998 (figure 2.1). En 1987, les 0-24 ans représentaient 36,6 % de la population alors qu'ils n'en représentent plus que 33,3 % en 1992-1993 et 32,9 % en 1998, soit une diminution de près de 4 % en 11 ans, mais une faible diminution de 0,4 % entre les deux dernières enquêtes. En contrepartie, les 25-44 ans, qui avaient conservé une importance relative similaire de 1987 à 1992-1993, ont vu leur pourcentage diminuer de 33,1 % à 30,0 % de 1992-1993 à 1998. En outre, le pourcentage des 45 ans et plus s'est accru de façon constante pour passer de 30,5 % en 1987 à 37,2 % en 1998.

Figure 2.1

Population totale dans les ménages privés selon l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



2.1.2 État matrimonial de fait

Les données concernant l'état matrimonial proviennent du questionnaire autoadministré (QAA) et, de ce fait, portent sur la population âgée de 15 ans et plus.

L'enquête indique que trois personnes de 15 ans et plus sur cinq (61 % [57,9 – 64,9]) vivent avec un conjoint (tableau 2.2); soit en étant mariées (46 %), soit en vivant en union de fait (15 %). Une personne sur quatre est célibataire (26 %) et une personne sur huit veuve, séparée ou divorcée (13 %).

En ce qui a trait aux différences entre les hommes et les femmes dans la région, il apparaît que les femmes ont, en plus grande proportion, le statut « séparées, veuves ou divorcées » que les hommes (17 % c. 9 %*) dû à la plus forte proportion de personnes âgées chez les femmes.

Les hommes sont plus fréquemment célibataires que les femmes (29 % c. 22 %), cette différence n'est pas significative d'un point de vue statistique du fait des nombres en cause, mais s'observe pour le Québec.

Tableau 2.2

État matrimonial de fait selon le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998

État matrimonial	Sexe	Région		Québec
		%	IC	%
Marié	Hommes	46,5	41,5 – 51,6	44,9
	Femmes	46,0	41,1 – 51,0	43,5
	Total	**46,3**	**42,7 – 49,8**	**44,2**
Union de fait	Hommes	15,4	11,9 – 19,5	17,1
	Femmes	14,8	11,4 – 18,7	16,1
	Total	**15,1**	**12,6 – 17,6**	**16,6**
Veuf/séparé/divorcé	Hommes	8,9*	6,3 – 12,3	8,2
	Femmes	17,0	13,3 – 21,1	16,7
	Total	**13,0**	**10,6 – 15,4**	**12,5**
Célibataire	Hommes	29,1	24,5 – 33,7	29,9
	Femmes	22,2	18,1 – 26,4	23,7
	Total	**25,6**	**22,5 – 28,7**	**26,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En ce qui a trait à l'état matrimonial selon l'âge (tableau 2.3), l'enquête indique que parmi les personnes de 25 ans et plus, environ une personne sur deux (55 %) est mariée. Cette proportion atteint même 68 % chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Chez les 15 à 24 ans, la proportion de personnes mariées se situe à 5 %**.

Parmi les groupes d'âge vivant majoritairement en couple, l'union de fait est plus fréquente chez les personnes de 25-44 ans (26 %) que chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus (10 %* et 4 %**, respectivement). La majorité des personnes âgées de 15 à 24 ans est célibataire (84 %), ce qui entraîne le pourcentage relativement peu élevé d'union de fait à cet âge (11 %*). La proportion de personnes veuves, séparées et divorcées augmente au fur et à mesure que l'on avance en âge pour atteindre 35 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 2.3

État matrimonial de fait selon l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998

État matrimonial	15-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Marié	4,5**	1,7 – 9,4	45,4	39,6 – 51,3	68,3	62,2 – 74,3	53,5	44,5 – 62,6
Union de fait	11,3*	6,5 – 17,8	25,9	20,7 – 31,0	9,9*	6,4 – 14,5	3,9**	1,2 – 9,2
Veuf/divorcé/séparé	0,0**	0,0 – 0,0	8,8*	5,7 – 12,7	14,5*	10,2 – 19,7	35,2	26,6 – 43,9
Célibataire	84,3	77,0 – 90,0	19,9	15,4 – 25,1	7,4*	4,4 – 11,6	7,3**	3,3 – 13,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

2.2 Caractéristiques socioéconomiques

2.2.1 Scolarité relative

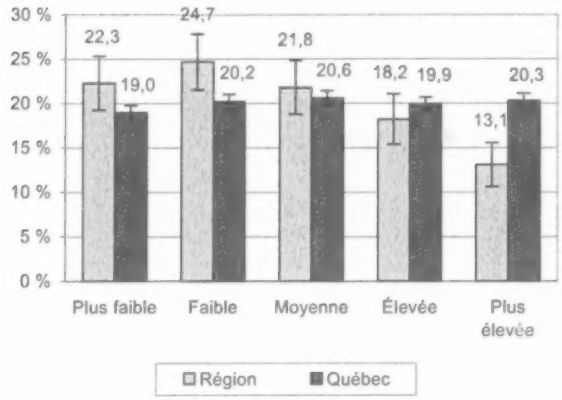
La scolarité relative, établie pour la population âgée de 15 ans et plus ayant répondu au questionnaire autoadministré (QAA), compare le niveau de scolarité atteint par une personne à celui atteint par les personnes du même sexe et du même groupe d'âge.

Cet indice est exprimé en quintiles (le premier quintile correspondant à la scolarité la plus faible), lesquels se répartissent, évidemment, à peu près également pour l'ensemble du Québec.

La région se distingue, par rapport au Québec, par un pourcentage moindre de gens ayant une scolarité relative « plus élevée » (13 % [10,6 – 15,5] c. 20 % [19,6 – 21,1]) et, en contrepartie, par une proportion supérieure de sa population ayant une scolarité relative « faible » ou une scolarité relative « plus faible » (47 % [43,4 – 50,6] c. 39 % [38,3 – 40,2]). Ce résultat provient surtout de l'écart constaté pour la scolarité faible (25 % [21,5 – 27,8] c. 20 % [19,4 – 21,0]) (figure 2.2). La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec apparaît, donc, moins scolarisée que celle de l'ensemble du Québec, ce qui est conforme aux informations tirées du recensement de 1996.

Figure 2.2

Scolarité relative de la population âgée de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998



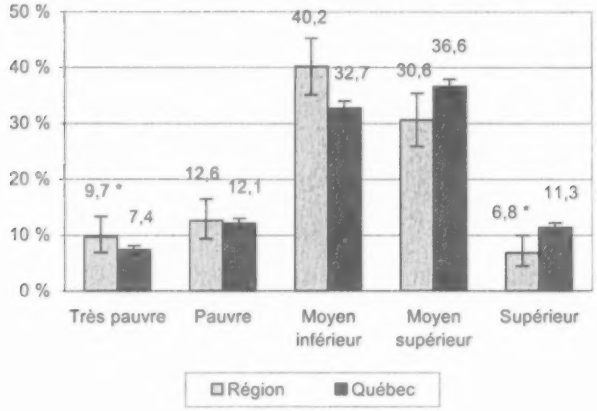
2.2.2 Revenu du ménage

Les données servant à établir le revenu du ménage proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). À partir de ces données, Santé Québec a créé un indice appelé « suffisance du revenu ». Cet indice, calculé à partir du revenu du ménage et du nombre de personnes par ménage, se divise en cinq catégories : très inférieure (très pauvre), inférieure (pauvre), moyenne inférieure, moyenne supérieure et supérieure.

Dans notre région, environ une personne sur cinq (22 % [18,0 – 26,6]) appartient à un ménage dont le revenu est considéré très pauvre (10 %* [6,9 – 13,3]) ou pauvre (13 % [9,4 – 16,5]) (figure 2.3). Selon ces proportions, il y aurait **approximativement 46 000 personnes** appartenant à un ménage très pauvre et **59 000 personnes** appartenant à un ménage pauvre.

Figure 2.3

Niveau de revenu des personnes dans les ménages, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

La Mauricie et le Centre-du-Québec se distingue de l'ensemble du Québec par une moins grande richesse de sa population. Ainsi, comparativement à l'ensemble du Québec, notre région compte une plus grande proportion de la population au sein des ménages ayant un revenu moyen inférieur (40 % [35,2 – 45,3] c. 33 % [31,5 – 34,0]) et, en contrepartie, une plus faible proportion demeure dans des ménages ayant un revenu supérieur (7 %* [4,4 – 9,9] contre 11 % [10,4 – 12,1]).

Afin de comparer plus aisément le revenu selon le sexe et les groupes d'âge, pour qui l'on remarque d'importants coefficients de variation, les deux catégories inférieures (très pauvres et pauvres) et les deux catégories supérieures (moyen supérieur et supérieur) ont été regroupées. Il est à noter que ce regroupement en trois catégories de revenus servira pour toutes les analyses selon le revenu de ce rapport.

Le regroupement en trois catégories de revenus (tableau 2.4) révèle que la région diffère de l'ensemble du Québec par une proportion moindre de personnes vivant au sein d'un ménage ayant un revenu supérieur ou moyen supérieur (37 % [34,1 – 40,7] c. 48 % [46,5 – 49,2]).

Tableau 2.4

Niveau de revenu des personnes dans les ménages selon le sexe, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998

Niveau de revenu	Hommes			Femmes			Total		
	Région		Québec	Région		Québec	Région		Québec
	%	IC	%	%	IC	%	%	IC	%
Pauvre	19,0	15,3 – 23,1	17,7	25,7	21,5 – 30,0	21,2	22,4	19,5 – 25,2	19,4
Moyen	40,4	35,7 – 45,2	32,5	40,0	35,2 – 44,7	33,0	40,2	36,8 – 43,6	32,8
Supérieur	40,6	35,8 – 45,4	49,8	34,3	29,7 – 38,9	45,8	37,4	34,1 – 40,7	47,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

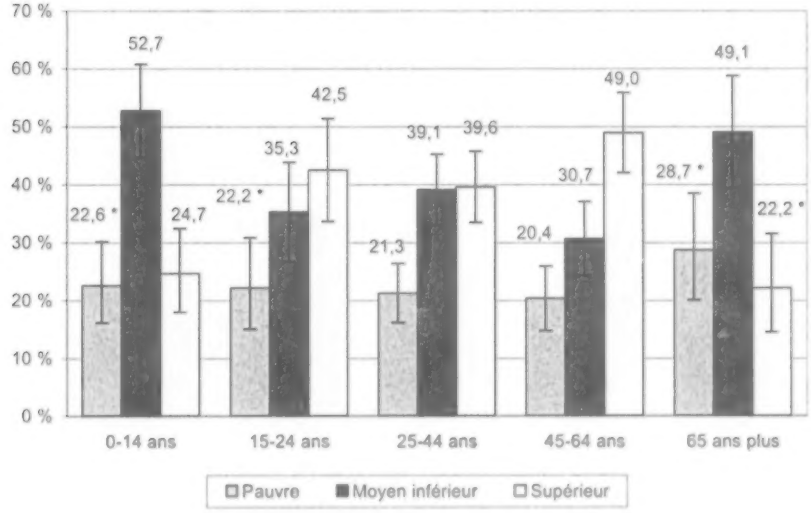
De même, en comparaison avec la province, les hommes comme les femmes de la région se retrouvent en moins grande proportion dans les ménages de revenu supérieur (respectivement 41 % c. 50 % et 34 % c. 46 %) au profit des ménages de revenu inférieur moyen.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être pauvres (26 % c. 19 %). Cette différence n'est pas significative d'un point de vue statistique, mais est conforme aux observations provinciales.

D'autre part, le niveau de revenu du ménage varie selon l'âge des membres du ménage (figure 2.4). Ainsi, les personnes âgées de 65 ans et plus et les jeunes de 0 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreuses que le reste de la population de la Mauricie et Centre-du-Québec à se retrouver au sein de ménages disposant d'un revenu élevé.

Figure 2.4

Niveau de revenu des personnes dans les ménages selon l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

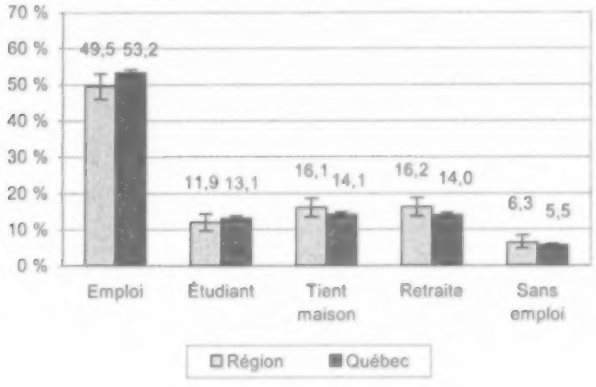
2.2.3 Statut d'activité

Le statut d'activité habituelle concerne la population de 15 ans et plus et comprend cinq catégories : au travail, aux études, tient maison, retraité et sans emploi (au chômage, aide sociale, etc.). Il est établi à partir de l'activité principale des membres du ménage au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces renseignements ont été obtenus à l'aide du questionnaire rempli par un intervieweur.

Près de la moitié des gens de notre région (49 % [45,9 - 53,0]) occupait un emploi au cours des 12 mois précédant l'enquête (figure 2.5). Les étudiants, les personnes tenant maison ainsi que les personnes à la retraite sont présents dans des proportions comparables (12 % [9,6 – 14,2], 16 % [13,5 – 18,7] et 16 % [13,6 – 18,8], respectivement). Seulement 6 % [4,7 – 8,3] étaient sans emploi. Selon ces données, la région compte **approximativement 190 000 travailleurs** et **travailleuses**, **46 000 étudiants** et **étudiantes**, **62 000 personnes** tenant maison, **62 000 personnes** à la retraite et **24 000 personnes** sans emploi.

Figure 2.5

Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998



La comparaison entre l'activité des hommes et des femmes de la région (tableau 2.5) indique que ce sont essentiellement les femmes qui tiennent maison (30 % c. 2 %**). Moins de femmes occupent un emploi (41 % c. 58 %). Par ailleurs, 4 %** des femmes ont un statut « sans emploi » comparativement à 9 %* des hommes. Les hommes déclarent être à la retraite en plus grande proportion que les femmes, cette différence non significative s'observe pour le Québec.

Tableau 2.5

Statut d'activité au cours d'une période de douze mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998

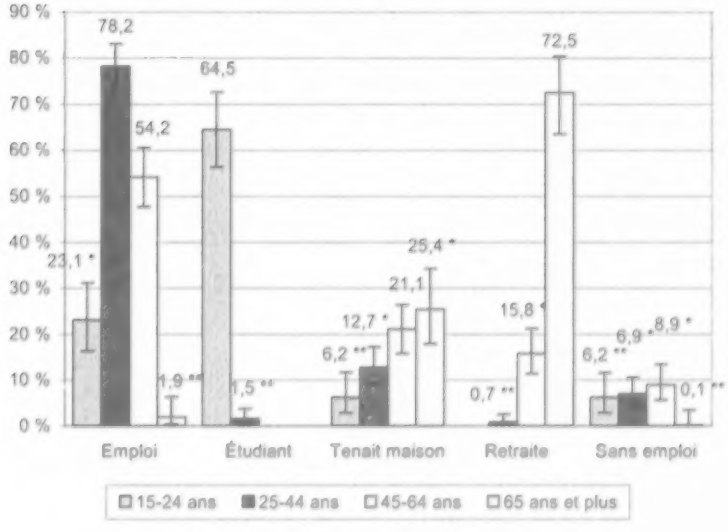
Statut d'activité	Hommes			Femmes		
	Région		Québec	Région		Québec
	%	IC	%	%	IC	%
Emploi	57,7	52,8 – 62,7	62,3	41,4	36,5 – 46,3	44,5
Étudiant	12,8	9,6 – 16,6	13,2	11,1	8,1 – 14,7	13,0
Tient maison	2,4**	1,1 – 4,5	2,0	29,5	24,9 – 34,0	25,9
Retraite	17,8	14,1 – 22,1	15,8	14,6	11,2 – 18,5	12,2
Sans emploi	9,3*	6,5 – 12,6	6,8	3,5**	1,9 – 5,8	4,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le statut d'activité est étroitement associé à l'âge. L'analyse du statut d'activité par groupe d'âge (figure 2.6) permet de constater que la majorité des 15-24 ans est aux études (64 % [56,4 – 72,6]), que le grand nombre des 25-44 ans occupe un emploi (78 % [73,4 – 83,1]) et que la majorité des 65 ans et plus est à la retraite (72 % [63,5 – 80,4]). L'enquête ne présente aucun écart selon l'âge entre la province et la région à l'exception des étudiants de 25-44 ans, mais l'importance du coefficient de variation pour ce groupe rend l'information peu fiable.

Figure 2.6

Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

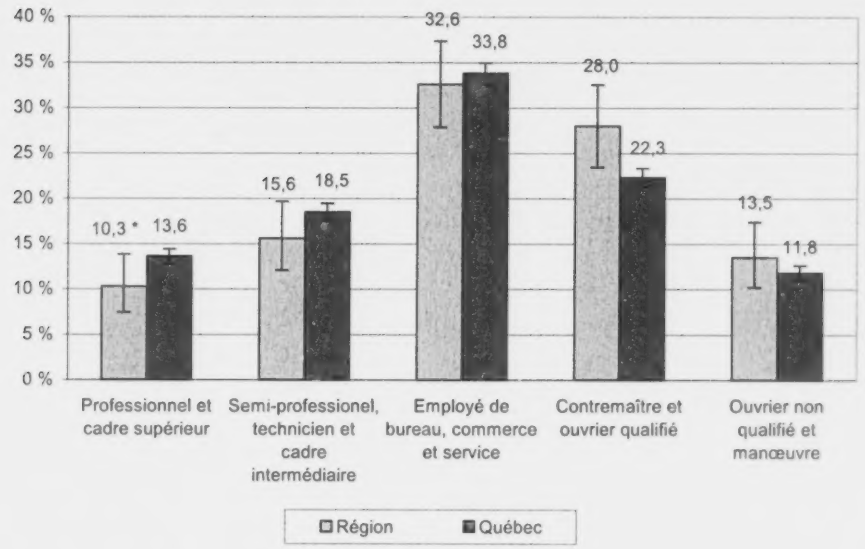
2.2.4 Catégorie professionnelle

La catégorie professionnelle ne touche qu'une partie de la population (**189 000 personnes**), soit les gens actifs occupant un emploi au cours des deux semaines précédant l'enquête. La catégorie professionnelle est déterminée à partir du genre d'emploi occupé par un individu et est répartie en cinq catégories : professionnel et cadre supérieur; semi-professionnel, technicien et cadre intermédiaire; employé de bureau, de commerce et de service; contremaître et ouvrier qualifié et, finalement, ouvrier non qualifié et manœuvre. Ces renseignements proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI).

Approximativement un quart (28 % [22,5 - 32,5]) des travailleurs de notre région occupe un emploi de contremaître ou ouvrier qualifié (figure 2.7) et environ un tiers (33 % [27,9 – 37,3]) occupe un emploi de bureau, de commerce ou de service. Les professionnels et cadres supérieurs, les semi-professionnels, techniciens et cadres intermédiaires ainsi que les ouvriers non qualifiés et manœuvres ont des proportions s'approchant et comptent respectivement pour environ 10 %* [7,4 – 13,8], 16 % [12,1 – 19,7] et 13 % [10,2 – 17,4] des travailleurs.

Figure 2.7

Catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1998

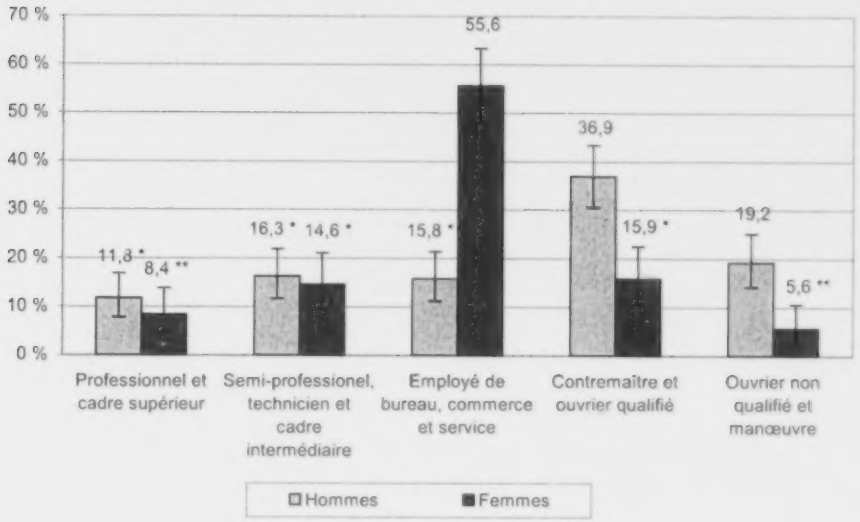


* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

La région se démarque du Québec par sa plus forte proportion de personnes contremaîtres et ouvriers qualifiés (28 % [23,5 – 32,5] c. 22 % [21,3 – 23,3]). Cette constatation ne vaut que pour les sexes réunis. En effet, chez les hommes, l'enquête ne révèle aucune différence avec le Québec. Des écarts sont observés chez les femmes entre les contremaîtres et ouvriers qualifiés et entre les professionnels et cadres supérieurs, mais le coefficient de variation compte tenu des effectifs est très élevé pour ces catégories d'emploi des femmes de la région et ces différences ne sauraient être considérées.

Figure 2.8

Catégorie professionnelle selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

En ce qui concerne la différence entre les sexes dans la région (figure 2.8), on compte, proportionnellement, plus d'hommes contremaîtres et ouvriers qualifiés (37 % [30,5 – 43,4]) que de femmes (16 %* [10,6 – 22,5]). Il en est de même de la catégorie « ouvrier non qualifié et manœuvre » (19 % [14,2 – 25,1] c. 6 %** [2,6 – 10,5]). Les femmes se retrouvent en plus grande proportion que les hommes dans le secteur bureau, commerce et service (56 % [47,8 – 63,3] c. 16 %* [11,2 – 21,4]). Ces constats sont dans l'ensemble les mêmes que pour le Québec. Toutefois, l'enquête révélait, pour la province, une proportion significativement plus importante de professionnels et de cadres supérieurs chez les hommes.

Pour les comparaisons entre les groupes d'âge, les 45-64 ans et les 65 ans et plus ont été regroupés compte tenu des faibles effectifs des personnes actives chez les personnes âgées. Malgré ce regroupement, les données régionales ne permettent pas d'établir des différences statistiquement significatives entre les groupes d'âge (tableau 2.6). Toutefois, nos données suivent les tendances provinciales voulant que les 15-24 ans soient davantage représentés parmi les employés de bureau, de commerce et de service et les ouvriers non qualifiés et manœuvres et, en contrepartie, moins présents tant au sein des professionnels et cadres supérieurs que des semi-professionnels, techniciens et cadres intermédiaires.

Tableau 2.6

Catégorie professionnelle selon l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Catégorie professionnelle	15-24 ans		25-44 ans		45 ans et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Professionnel / cadre supérieur	3,9**	0,4 – 14,4	9,6*	6,0 – 14,4	13,9*	8,2 – 21,6
Cadre intermédiaire, semi-prof.	7,7**	1,8 – 19,8	18,4	13,4 – 24,3	13,5*	7,8 – 21,0
Bureau / commerce / service	41,4*	26,7 – 57,2	31,2	24,9 – 37,3	32,2	23,8 – 40,6
Contremaître et ouvrier qualifié	27,1**	14,8 –42,6	28,9	22,8 – 35,0	26,7*	19,0 – 35,7
Ouvrier non qualifié et manœuvre	20,0**	9,5 – 34,8	12,0*	7,9 – 17,1	13,7*	8,0 – 21,3

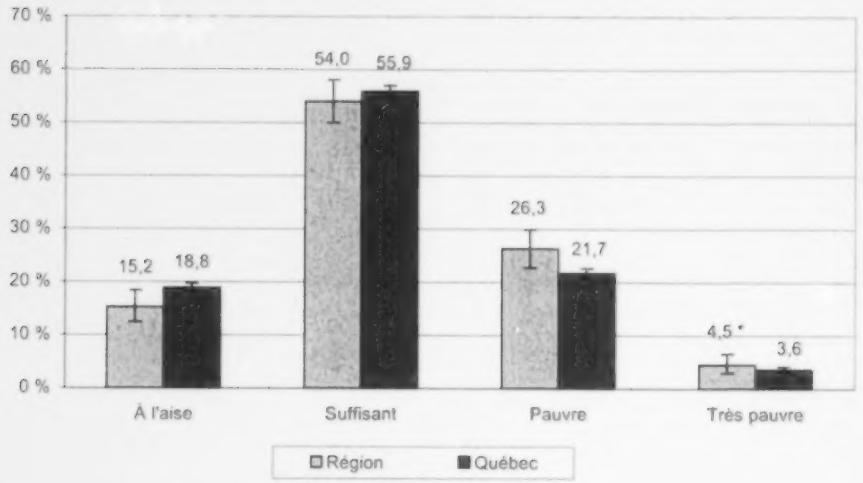
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

2.2.5 Perception de sa situation financière

La perception de sa situation financière est tirée de la question 234 du QAA « Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ». En Mauricie et au Centre-du-Québec, une personne sur trois (31 %) se juge très pauvre (5 %* [3,0 – 6,6]) ou pauvre (26 % [22,7 – 29,8]) (figure 2.9 et tableau 2.7). On estime à **approximativement 119 000** le nombre d'**individus** de 15 ans et plus qui, dans la région, se trouvent personnellement concernés par la pauvreté. En contrepartie, 54 % des gens de la région considèrent que leurs revenus sont suffisants pour répondre à leurs besoins tandis que 15 % d'entre eux s'estiment à l'aise. Notons que, par rapport au Québec, plus de gens de notre région ont déclaré être pauvres (26 % [22,7 – 29,8] c. 22 % [20,8 – 22,6]) et de façon plus générale pauvres ou très pauvres (31 % [27,1 – 34,5] c. 25 % [24,3 – 26,3]).

Figure 2.9

Perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Tableau 2.7

Perception de sa situation financière selon l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Groupe d'âge	À l'aise		Suffisant		Pauvre/très pauvre	
	%	IC	%	IC	%	IC
15-24 ans	31,8	23,5 - 40,0	40,1	31,4 – 48,8	28,1	20,4 – 37,0
25-44 ans	11,6*	8,0 – 16,1	57,8	51,8 – 63,8	30,6	25,1 – 36,2
45-64 ans	11,4*	7,5 – 16,5	55,4	48,6 – 62,1	33,3	26,9 – 39,6
65 ans et plus	12,4**	6,8 – 20,3	58,2	48,7 – 67,7	29,4*	20,9 – 39,1
Total	**15,2**	**12,4 – 18,4**	**54,0**	**50,0 – 58,1**	**30,8**	**27,1 – 34,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La perception selon l'âge varie surtout en ce qui concerne les mieux nantis (tableau 2.7). En effet, le pourcentage des 15-24 qui se perçoivent à l'aise y est près de trois fois plus élevé que chez leurs

aînés (32 % c. 12 %). Les proportions des groupes d'âge plus âgés ont un fort coefficient de variation mais cette différence de perception selon l'âge se note aussi pour l'ensemble du Québec. Cette différence de perception se fait naturellement au détriment des 15-24 ans percevant leur niveau suffisant.

2.2.6 Perception de la durée de la pauvreté

La question 235 du QAA permet de préciser pour les personnes qui se considèrent pauvres ou très pauvres, depuis combien de temps elles se perçoivent dans cette situation. En Mauricie et au Centre-du-Québec, près d'une personne sur trois se considère pauvre, ou très pauvre (tableau 2.8). Parmi ces gens, 7 %** estiment que cette situation dure depuis moins d'un an, 33 % depuis 1 à 4 ans et 60 % depuis au moins cinq ans. Ainsi, parmi l'ensemble de la population de 15 ans et plus, un peu moins d'une personne sur cinq (18 %) vit, selon elle, en situation de pauvreté depuis au moins cinq ans, soit **70 000 personnes environ**. **La région compte plus de personnes connaissant une longue période de pauvreté qu'au Québec (18 % [15,3 –21,7] c. 13 % [12,0 – 13,5]).**

Tableau 2.8

Perception de la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Durée de la pauvreté	Tous		Pauvre seulement	
	%	IC	%	IC
Non pauvre	69,4 [a]	65,7 – 73,2		
Moins d'un an	2,2**	1,2 – 3,7	7,1**	3,8 – 11,9
1-4 ans	10,1	7,8 – 12,8	33,1	26,2 – 40,0
5 ans et plus	18,3 [a]	15,3 – 21,7	59,8	52,6 – 67,0

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[a] Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

2.2.7 Patrimoine accumulé

Le patrimoine accumulé est mesuré à l'aide des questions 232 et 233 du QAA qui porte respectivement sur le statut résidentiel (propriétaire ou locataire) et sur les revenus de placements. En Mauricie et au Centre-du-Québec, plus d'une personne sur deux (55 %) vit dans un ménage ayant un patrimoine supérieur; c'est-à-dire, où au moins un de ses membres est propriétaire et au moins un des ses membres a des revenus de placements (tableau 2.9). Plus d'une personne sur quatre (28 %) vit dans un ménage où une seule de ces conditions est rencontrée (patrimoine moyen) et 17 % de la population vit dans un ménage dont le patrimoine est de niveau inférieur (locataire et sans revenu de placement). Selon ces données, il y aurait **approximativement 67 000 personnes**

vivant dans un ménage ayant un patrimoine inférieur. Ces pourcentages correspondent à ceux de l'ensemble du Québec.

Les données régionales ne montrent pas de différences significatives selon les groupes d'âge, mais les valeurs vont dans le sens des données québécoises qui se signalent par de plus fortes proportions de 45-64 ans et de 15-24 ans parmi les ménages avec un patrimoine supérieur. La valeur de ce dernier groupe d'âge subit l'influence des jeunes qui demeurent encore chez leur parent et dont le patrimoine correspond à celui du ménage familial. En contrepartie, l'enquête fait ressortir une plus faible proportion de 45-64 ans parmi les ménages avec un patrimoine inférieur.

Tableau 2.9

Patrimoine des personnes dans les ménages selon l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Groupe d'âge	Supérieur		Moyen		Inférieur	
	%	IC	%	IC	%	IC
Sexes réunis						
15-24 ans	59,0	50,2 – 67,7	19,6*	12,9 – 27,7	21,5*	14,6 – 29,8
25-44 ans	49,4	43,4 – 55,5	32,2	26,5 – 37,9	18,3	13,8 – 23,6
45-64 ans	61,3	54,7 – 67,9	24,7	18,9 – 30,6	14,0*	9,6 – 19,4
65 ans et plus	48,6	38,8 – 58,3	35,7	26,4 – 45,1	15,7*	9,3 – 24,3
Total	54,6	48,8 – 60,3	28,3	23,1 – 33,5	17,2	13,0 – 22,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec a connu, à l'instar du Québec, un vieillissement de 1992-1993 à 1998. La proportion de 45 ans et plus s'est accrue au détriment de celle de moins de 25 ans. Le statut matrimonial de la région est similaire à celui du Québec.

Toutefois, une moins grande proportion de la population de la région compte une scolarité plus élevée (13 % c. 20 %) et un plus grand pourcentage de celle-ci présente une faible scolarité (47 % c. 39 %).

Au chapitre du revenu, la région se distingue du Québec par une moins grande richesse de sa population, une plus grande proportion de personnes demeurent au sein de ménages de revenu inférieur (40 % c. 33 %) alors qu'une portion moindre de sa population se retrouve au sein des ménages de revenus supérieurs (7 % c. 11 %). Les femmes, les personnes de moins de 15 ans et les personnes âgées se retrouvent davantage dans des ménages de faible revenu.

Le statut d'activité régional ne se distingue pas de façon significative de celui de la région. Ce statut varie, sans surprise, selon l'âge et le sexe. Toutefois, au chapitre des catégories professionnelles, la région compte davantage de contremaîtres et d'ouvriers qualifiés. Les catégories professionnelles affichent, comme on pouvait s'y attendre, des valeurs différentes selon l'âge et le sexe.

Au chapitre de la perception de sa situation financière, la région présente des résultats très cohérents avec le revenu des ménages. Une plus grande proportion de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec se perçoit pauvre ou très pauvre comparativement au Québec (31 % c. 25 %). De même, au chapitre de la durée de la pauvreté perçue, plus de personnes semblent connaître une plus longue période de pauvreté qu'au Québec (18 % c. 13 %).

CHAPITRE 3
USAGE DU TABAC

SYLVIE BERNIER

Introduction

Les méfaits du tabagisme sur la santé ne sont plus à démontrer. Ils ne se limitent pas seulement aux maladies cardiovasculaires et à divers cancers. En effet, sont aussi associés à l'usage du tabac : les maladies respiratoires, l'ostéoporose, la ménopause précoce, les cataractes, les effets sur le fœtus (faible poids à la naissance, mortinaissance, mort soudaine du nouveau-né), pour ne mentionner que ceux-là. De plus, le tabac provoque une dépendance forte, c'est pourquoi le tabagisme est considéré comme une toxicomanie.

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) constitue elle aussi un défi de taille pour la santé publique. Elle est en effet un facteur de risque important de cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires chez les non-fumeurs. L'exposition à la FTE est également associée à diverses maladies respiratoires et troubles connexes chez les nourrissons et les jeunes enfants. Il s'avère donc essentiel de surveiller l'évolution du tabagisme.

Ce chapitre fait état de l'usage de la cigarette parmi la population de 15 ans et plus. Les données sont analysées selon le sexe et l'âge et aussi selon certaines variables démographiques et socioéconomiques. Les informations sur la quantité de cigarettes fumées quotidiennement ainsi que l'âge auquel les fumeurs réguliers ont commencé à fumer quotidiennement y sont également présentées. À l'instar de l'enquête Santé Québec 1987, l'usage du cigare, de la pipe et du tabac à priser ou à chiquer est aussi examiné. Finalement, la perception de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison et dans les lieux publics est également décrite.

3.1 Aspects méthodologiques

3.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées pour la consommation de tabac sont les questions QAA20 à QAA32 du questionnaire autoadministré. La population de 15 ans et plus est répartie selon son type d'usage de la cigarette. Quatre catégories définissent cet usage : les fumeurs réguliers qui fument à tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent qu'à tous les jours, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais ne plus fumer au moment de l'enquête et les personnes qui n'ont jamais fumé au cours de leur vie. Ces quatre catégories peuvent être regroupées en deux grandes catégories : celle des fumeurs actuels et celle des non-fumeurs. Les fumeurs actuels regroupent les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels. Le groupe des non-fumeurs est constitué des anciens fumeurs et des personnes qui n'ont jamais fumé. La quantité de cigarettes

fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est présentée selon les plages : 1 à 10, 11 à 25 et 26 cigarettes et plus.

La fréquence d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) est présentée selon deux types de lieux d'exposition : la maison, et les lieux publics tels arénas, clubs, restaurants, magasins, etc. La fréquence d'exposition retenue pour les analyses est : chaque jour ou presque chaque jour. Il est à noter que pour les fumeurs, la FTE exclut la fumée provenant de leurs propres cigarettes.

3.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Il est possible d'établir l'évolution de l'usage de la cigarette dans le cadre de cette enquête puisque les questions ont été gardées identiques à celles des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Par contre, l'échantillon régional ne permet pas d'étudier l'évolution, depuis 1987, de l'usage de la pipe, du cigare et du tabac à priser ou à chiquer. Pour sa part, l'enquête de 1998 fournit en plus des informations sur la perception de l'exposition à la FTE, une question ayant été ajoutée à cet effet.

3.1.3 Portée et limites des données

L'usage du tabac est autodéclaré. Il se peut que par désirabilité sociale, il y ait une certaine sous-estimation de la consommation. Cependant, on observe un très faible taux de non-réponse partielle pour les variables d'analyse touchant le type de consommation de tabac, la quantité de cigarettes fumées et l'âge où le fumeur régulier a commencé à fumer tous les jours.

La question sur la FTE a été construite pour la présente enquête. Elle comporte trois éléments : l'exposition à la FTE à la maison, dans le lieu d'activité principale et dans tout autre lieu public tels arénas, clubs, restaurants, magasins, etc. Toutefois, la sous-question portant sur l'exposition à la FTE dans le lieu d'activité principale n'a pas été répondue correctement, ce qui invalide les résultats. Pour cette raison, seulement l'exposition à la FTE à la maison et celle dans les lieux publics ont été considérées. De plus, il est à souligner que cette question a connu un taux de non-réponse dépassant légèrement les 10 %, ce qui pourrait biaiser les résultats obtenus. Enfin, les résultats ne prétendent pas mesurer l'exposition réelle mais présentent la perception de l'exposition par les répondants.

Le rapport provincial donne des informations plus détaillées sur la méthodologie et les limites des données de ce chapitre.

3.2 Résultats

3.2.1 Usage de la cigarette

Fumeurs actuels

En 1998, on estime que 34 % des gens de 15 ans et plus de notre région fument la cigarette. Près de 3 % fument à l'occasion et 31 % à tous les jours (tableau 3.1). Ce qui représente **environ 122 000 fumeurs actuels**. Les hommes comptent proportionnellement plus de fumeurs que les femmes. Cette différence n'est pas statistiquement significative, les effectifs étant trop faibles mais elle est conforme à ce qui est observé pour le Québec. L'analyse selon l'âge révèle que le groupe des 25-44 ans possède la proportion de fumeurs réguliers la plus élevée, soit 39 % alors que les gens de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreux à fumer régulièrement (19 %*). Cette tendance selon l'âge est statistiquement significative au niveau provincial.

Tableau 3.1

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus
Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et Groupe d'âge	Non-fumeur						Fumeur actuel					
	N'a jamais fumé		Ancien Fumeur		Total		Fumeur occasionnel		Fumeur Régulier		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	27,2	22,5 - 31,9	36,5	31,4 - 41,5	63,7	58,7- 68,7	1,9*	0,73 - 3,91	34,5	29,5 - 39,5	36,4	31,4 - 41,5
Femmes	37,0	31,9 - 42,0	32,3	27,4 - 37,2	69,3	64,5 - 74,1	3,5*	1,9 - 6,0	27,2	22,5 - 31,8	30,7	25,9 - 35,5
Sexes réunis												
15-24 ans	45,7	37,2 - 54,3	23,3*	16,4 - 31,5	69,0	61,1 - 76,9	8,0**	4,0 - 14,0	23,0*	16,1 - 31,1	31,0	23,1 - 38,9
25-44 ans	28,0	22,6 - 33,4	31,0	25,4 - 36,5	59,0	53,1 - 64,9	2,6**	1,0 - 5,3	38,5	32,7 - 44,4	41,1	35,2 - 47,0
45-64 ans	25,7	19,7 - 31,6	42,1	35,4 - 48,8	67,8	61,4 - 74,2	0,8**	0,1 - 3,1	31,5	25,2 - 37,8	32,3	25,9 - 38,7
65 ans et plus	38,9	29,1 - 48,7	42,5	32,6 - 52,4	81,4	72,1 - 88,7	0,0**	0,0 - 0,0	18,7*	11,4 - 27,9	18,7	11,4 - 27,9
Total	**32,1**	**28,7 - 35,6**	**34,4**	**30,9 - 37,9**	**66,5**	**63,0 - 70,0**	**2,7***	**1,62 - 4,2**	**30,8**	**27,4 - 34,2**	**33,5**	**28,4 - 38,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En plus du sexe et de l'âge, la prévalence de l'usage de la cigarette a également été analysée en fonction de la scolarité et du revenu. La tendance provinciale montre que l'usage de la cigarette augmente avec le niveau de pauvreté. Dans la région, cette tendance est également observée sans toutefois être significative. Ainsi, 37 % [29,2 – 45,6] de pauvres et très pauvres sont fumeurs réguliers tandis que les gens de revenu moyen supérieur et supérieur ont une proportion de 29 % [23,6 – 34,9] de fumeurs réguliers (données non présentées). D'autre part, on remarque également, une influence de la scolarité sur la consommation de cigarette. À titre d'exemple, on remarque pour

la région que les individus ayant une scolarité faible sont proportionnellement plus nombreux à fumer tous les jours que ceux ayant une scolarité élevée (39 % [34,5 – 44,2] c. 24 % [19,4 – 28,1]) (données non présentées).

Aucune diminution du tabagisme n'a été observée entre 1992-1993 et 1998 à l'encontre de ce qui avait été observé antérieurement entre 1987 et 1992-1993. En effet, la proportion de fumeur actuel de 15 ans et plus est demeurée sensiblement la même depuis l'enquête de 1992-1993 (35 % c. 34 %).

Nombre de cigarettes fumées

Près de 70 % [63,7 – 75,9] des fumeurs réguliers de la région fument en moyenne de 11 à 25 cigarettes par jour. Bien que nos valeurs soient affectées par des coefficients de variation élevés, on peut dire à titre indicatif que l'on observe une plus grande proportion de gros fumeurs (26 cigarettes et plus) chez les hommes comparativement aux femmes (21 %* [14,3 – 27,6] c. 6 %** [2,0 – 12.6]).

Âge auquel la personne a commencé à fumer quotidiennement la cigarette

Dans la région, la majorité (83 %) des fumeurs réguliers ont commencé à fumer la cigarette à tous les jours avant l'âge de 20 ans (tableau 3.2). On note que près de 8 %* ont commencé à 12 ans ou moins, 37 % entre 13 et 15 ans et 39 % entre 16 et 19 ans. Ces valeurs n'ont pas changé dans la région depuis la dernière enquête de 1992-1993.

Tableau 3.2

Âge auquel la personne a commencé à fumer la cigarette tous les jours, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe	12 ans ou moins		13-15 ans		16-19 ans		20-24 ans		25 ans et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	7,5**	3,5 – 13,8	37,8	29,1 – 46,5	37,4	28,7 – 46,1	11,8**	6,6 – 18,9	5,4**	2,1 – 11,1
Femmes	7,4**	3,1 – 14,6	36,7	26,9 – 46,4	40,0	30,2 – 49,9	12,0**	6,2 – 20,2	4,0**	1,1 – 10,1
Total	**7,5***	**4,4 – 11,9**	**37,3**	**30,9 – 43,8**	**38,6**	**32,1 – 45,1**	**11,9***	**7,9 – 17,0**	**4,8****	**2,3 – 8,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

3.2.2 Usage de la pipe, du cigare et du tabac à chiquer ou à priser

Les coefficients de variation étant élevés dû à des effectifs très faibles, les résultats qui suivent ne sont donnés qu'à titre indicatif seulement. L'usage de la pipe demeure marginal. Ainsi on dénombre environ 1 %** [0,5 – 2,4] de fumeurs (quotidiens et occasionnels) de pipe. L'usage du cigare est un peu plus fréquent avec une prévalence de 5 %* [3,3 – 6,7] de fumeurs de cigares parmi la population

de 15 ans et plus. Finalement, l'usage du tabac à priser ou à chiquer est extrêmement rare (moins de un dixième de 1 %*).

3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

Environ 41 % des 15 ans et plus de la région se disent exposés chaque jour ou presque à la fumée des autres à la maison (tableau 3.3). Ce qui représente **près de 139 000 personnes**. On retrouve une même proportion de gens exposés tant chez les hommes que chez les femmes. Les jeunes de 15-24 ans forment le groupe qui se dit le plus exposé à la maison (53 %) comparativement aux autres groupes d'âge alors que l'inverse se produit pour les 65 ans et plus (29 %*). Enfin, plus des deux tiers (69 %) des fumeurs actuels se disent exposés à la FTE à la maison chaque jour ou presque comparativement à 27 % des non-fumeurs. Rappelons que la définition de la FTE, adoptée dans cette enquête, élimine pour un fumeur l'exposition à sa propre fumée de cigarette.

Un peu plus du quart (27 %) de la population âgée de 15 ans et plus se dit exposée chaque jour ou presque à la fumée des autres dans les lieux publics, soit **près de 190 000 individus**. D'autre part, plus d'hommes que de femmes le sont (33 % c. 21 %). On observe, ici aussi, une diminution de la proportion de personnes exposées avec l'âge. Ainsi, 42 % des 15-24 ans disent être exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac dans l'environnement comparativement à 15 %* chez les 65 ans et plus. Enfin, en proportion, deux fois plus de fumeurs que de non-fumeurs se disent exposés à la FTE dans les lieux publics (43 % c. 19 %).

Tableau 3.3

Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE selon le lieu d'exposition, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Proportion d'individus exposés à la fumée de cigarette des autres chaque jour ou presque			
	Maison		Lieux publics	
	%	IC	%	IC
Hommes	41,3	35,9 - 46,6	33,2	28,0 - 38,4
Femmes	40,1	34,8 - 45,3	21,0	16,5 - 25,5
Sexes réunis				
15-24 ans	52,7	44,1 - 61,3	41,9	33,4 - 50,3
25-44 ans	39,2	33,2 - 45,2	27,2	21,7 - 32,6
45-64 ans	39,0	32,0 - 45,9	20,9	15,2 - 27,6
65 ans et plus	29,1*	19,2 - 40,7	14,9*	7,5 - 25,6
Total	**40,6**	**36,9 - 44,4**	**27,1**	**23,6 - 30,6**
Fumeur	69,0	62,8 - 75,2	42,9	36,1 - 49,7
Non-fumeur	26,5	22,2 - 30,7	19,4	15,7 - 23,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, environ 34 % des 15 ans et plus de la région fument la cigarette. La baisse de la prévalence de fumeurs qui avait été observée entre 1987 et 1992-1993 ne s'est pas poursuivie jusqu'en 1998.

Dans la présente enquête, on remarque encore une plus grande proportion de fumeurs que de fumeuses. Les 25-44 ans sont le groupe d'âge où l'on rencontre le plus grand nombre de fumeurs. On remarque toujours l'influence du revenu et de la scolarité sur les habitudes de vie comme l'usage de la cigarette. Cependant, comme le rappelle le rapport provincial, il faut tenir compte que « 77 % des fumeurs ont un revenu moyen ou supérieur. Par conséquent, les programmes ciblant les plus démunis sur le plan socioéconomique, bien que légitimes, ne visent que 23 % des fumeurs ».

Plus de 80 % des fumeurs réguliers de notre région ont commencé à fumer la cigarette tous les jours avant l'âge de 20 ans. Notons qu'environ 8 % affirment avoir pris cette habitude à douze ans ou moins.

Finalement, plus de 40 % de la population de 15 ans et plus de la région se dit exposée chaque jour ou presque à la FTE à la maison tandis que plus du quart (27 %) subit cette exposition dans les lieux publics autre que le lieu d'activité principale.

CHAPITRE 4

CONSOMMATION D'ALCOOL

SYLVIE BERNIER ET LOUIS ROCHELEAU

Introduction

Il est important dans l'étude de la santé des populations de considérer la consommation d'alcool. En effet, bien que cela reste encore à démontrer, la littérature scientifique considère de plus en plus qu'une consommation régulière d'alcool mais modérée, c'est-à-dire, ne dépassant pas deux consommations par jour serait bénéfique. Par contre, une consommation plus élevée devient associée à un risque accru de conséquences négatives et nocives tant pour les problèmes de santé physique que ceux d'ordre social ou comportemental notamment les problèmes de violence ou d'accidents routiers.

Dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, la présente enquête vise à documenter le comportement de la population québécoise en matière de consommation d'alcool selon trois aspects : le type de buveur, la quantité d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. En comparant les données de la présente enquête à celles des enquêtes précédentes, il est possible d'analyser l'évolution de la consommation en regard de l'objectif particulier de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec visant à diminuer la consommation d'alcool.

Le texte qui suit présente le profil de consommation d'alcool de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec de 15 ans et plus. Par la suite, chacun des trois aspects retenus est étudié en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de revenu et est comparé aux résultats des enquêtes précédentes.

4.1 Aspects méthodologiques

4.1.1 Indicateurs

Les onze questions (QAA33 à QAA43) portant sur la consommation d'alcool proviennent du questionnaire autoadministré. La consommation d'alcool est décrite à l'aide des trois indicateurs suivants : le type de buveur, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée.

À l'instar des enquêtes précédentes, trois types de buveurs sont examinés : les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais de leur vie consommé d'alcool; les anciens buveurs, soit ceux qui n'en ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé la collecte des données; et les buveurs

actuels, qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est étudiée pour les buveurs actuels seulement. Elle est estimée à partir du nombre déclaré de consommations pour les sept jours ayant précédé l'enquête. Une consommation se définit comme une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux d'une once à une once et demie; la bière titrée à 0,5 % d'alcool est exclue.

Enfin, la fréquence de consommation élevée est mesurée chez les buveurs actuels à partir de deux indicateurs. Le premier indicateur est donné par le nombre de fois, durant l'année ayant précédé la collecte des données, où la consommation d'alcool en une occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations. Le second se présente comme le nombre de fois, au cours de la même période, où une personne estime s'être enivrée.

4.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions ayant servi à l'analyse demeurent essentiellement identiques à celles de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Il est également possible de comparer le type de buveurs et la consommation hebdomadaire d'alcool au résultat de l'enquête Santé Québec 1987.

4.1.3 Portée et limites des données

Dans l'ensemble, les déclarations peuvent sous-estimer la consommation réelle, une partie de la sous-déclaration étant attribuable à la difficulté de se remémorer la fréquence d'un comportement. Rappelons qu'à partir de ces données, il n'est pas possible d'établir un taux d'alcoolisme ou de consommation à risque au sein de la population. La mesure de la quantité d'alcool consommé porte sur une période d'une semaine seulement. De plus, il est généralement reconnu qu'une partie des grands consommateurs sont difficiles à rejoindre ou refusent de répondre soit à l'enquête elle-même, soit aux questions particulières concernant la consommation d'alcool. Enfin, il faut rappeler que le questionnaire autoadministré (QAA) ne s'adresse qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus, alors qu'une partie de la population commence à consommer de l'alcool avant cet âge.

Le taux de non-réponse partielle est de 7 % pour la question portant sur l'absorption de cinq consommations ou plus en une même occasion et de 8 % à la question portant sur l'enivrement. La non-réponse partielle croît avec l'âge pour les deux sexes. Plus le niveau de revenu est faible plus le taux de non-réponse partielle augmente. Cette distribution de non-réponse partielle pourrait induire une certaine surestimation du taux de réponse en faveur de ces comportements (absorption de cinq consommations ou plus en une même occasion et enivrement).

4.2 Résultats

4.2.1 Types de buveurs

Environ de 80 % des personnes âgées de 15 ans et plus de la région déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête (tableau 4.1). Ce qui représente **environ 298 000 personnes**. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir consommé (85 % c. 76 %). La consommation d'alcool varie également selon l'âge. Ainsi, la proportion de buveurs actuels est plus élevée chez les 15-44 ans alors qu'elle diminue par la suite.

Tableau 4.1

Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Jamais bu		Anciens buveurs		Buveurs actuels	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	8,0*	5,4 – 11,3	7,4*	4,9 – 10,6	84,7	80,5 – 88,2
Femmes	21,7	17,5 – 26,0	2,7**	1,3 – 4,9	75,6	71,1 – 80,0
Sexes réunis						
15-24 ans	9,1**	4,8 – 15,3	1,5**	0,2 – 5,4	89,4	82,7 – 94,1
25-44 ans	8,2*	5,2 – 12,1	4,9**	2,7 – 8,3	86,9	82,3 – 90,7
45-64 ans	16,1*	11,5 – 21,7	4,8**	2,4 – 8,6	79,1	73,7 – 84,5
65 ans et plus	37,1	27,7 – 46,5	10,3**	5,2 – 17,9	52,6	42,9 – 62,3
Total	**14,9**	**12,3 – 17,5**	**5,0**	**3,6 – 6,9**	**80,1**	**77,2 – 83,0**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Plus d'une femme sur cinq (22 %) déclare être abstinente, c'est-à-dire n'avoir jamais consommé de l'alcool de sa vie alors que cette proportion n'est que de 8 % chez les hommes. Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui déclarent, en plus grand nombre, être abstinentes (37 %).

La proportion d'anciens buveurs est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Elle augmente également avec l'âge. Ces deux dernières relations n'atteignent pas le seuil de signification statistique mais sont observées avec les données provinciales.

On remarque que la proportion de buveurs actuels est plus forte chez les personnes de revenu moyen supérieur et supérieur comparativement à celles pauvres et très pauvres (88 % c. 67 %) (tableau 4.2).

Tableau 4.2

Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Niveau de revenu	Jamais bu		Anciens buveurs		Buveurs actuels	
	%	IC	%	IC	%	IC
Très pauvre/ Pauvre	25,8	18,6 – 34,0	7,5**	3,7 – 13,3	66,7	58,8 – 74,7
Moyen Inférieur	16,3*	11,7 – 21,7	4,6**	2,3 – 8,2	79,1	73,8 – 84,4
Moyen Supérieur/ Supérieur	7,9*	4,9 – 11,9	4,1**	2,0 – 7,3	88,0	83,4 – 91,7

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

En comparant les résultats avec ceux des deux enquêtes précédentes, on constate une légère augmentation de la proportion de buveurs actuels qui passe de 78 % à 80 % entre 1992-1993 et 1998. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative pour la région mais l'est avec les résultats provinciaux (données non présentées).

4.2.2 Consommation hebdomadaire

Au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, près de 80 % des buveurs actuels de 15 ans et plus ont pris moins de sept consommations. En effet, 38 % de ceux-ci ne rapportent avoir bu aucune consommation et 41 %, de une à six consommations (tableau 4.3). Par contre, 15 % des buveurs actuels ont bu de 7 à 13 consommations et 6 %*, 14 consommations et plus. Plus de femmes que d'hommes n'ont pas consommé d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête, soit 45 % contre 32 %. À l'opposé, on retrouve 11 %* des hommes et 2 %** des femmes ayant bu 14 consommations et plus au cours de la dernière semaine. C'est parmi les buveurs actuels âgés de 15-24 ans et ceux de 65 ans et plus que l'on retrouve le plus de gens qui n'ont pas consommé durant la semaine précédant l'enquête. Par ailleurs, les données ne permettent pas de déceler de différence selon l'âge chez les personnes ayant pris 14 consommations ou plus.

Tableau 4.3

Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Nombre de consommations							
	Aucune		De une à six		De sept à treize		14 et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	31,8	26,5 – 37,1	38,1	32,5 – 43,6	19,7	15,3 – 24,7	10,5*	7,3 – 14,6
Femmes	45,0	39,0 – 51,0	43,4	37,4 – 49,4	9,8	6,5 – 14,0	1,8**	0,6 – 4,2
Sexes réunis								
15-24 ans	46,1	37,0 – 55,2	34,7	26,1 – 43,4	13,7*	8,1 – 21,3	5,5**	2,1 – 11,3
25-44 ans	32,2	26,1 – 38,3	47,4	40,9 – 53,9	13,4*	9,3 – 18,6	7,0*	4,0 – 11,1
45-64 ans	37,6	30,3 – 45,0	34,4	27,1 – 41,6	21,4	15,4 – 28,4	6,7**	3,4 – 11,6
65 ans et plus	46,6*	32,9 – 60,3	44,2*	30,5 – 57,8	4,2**	0,6 – 13,8	5,0**	0,9 – 14,9
Total	**38,0**	**34,0 – 42,0**	**40,6**	**36,5 – 44,7**	**15,0**	**12,2 – 18,2**	**6,4***	**4,5 – 8,8**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La consommation hebdomadaire varie également selon le niveau de revenu. Les buveurs actuels très pauvres et pauvres, sont plus nombreux à ne pas avoir consommé au cours de la dernière semaine comparativement à ceux de revenu moyen supérieur et supérieur (52 % [41,4 – 62,3] c. 31 % [24,6 – 36,7]). Ceux de classe moyenne supérieure et supérieure sont plus nombreux à avoir consommé de 7 à 13 consommations au cours de la dernière semaine (19 % [14,5 – 25,2] c. 6 %* [2,3 – 13,7]) (données non présentées) que ceux de revenu inférieur. Ces résultats sont statistiquement significatifs au niveau provincial. Notons que pour les personnes ayant pris quatorze consommations ou plus on remarque une tendance sensiblement la même mais moins marquée.

La comparaison de la distribution du nombre de consommations hebdomadaires d'alcool en 1998 avec celle de 1992-1993 ne montre pas de modification dans les habitudes des résidents de la région. Ainsi, l'augmentation de consommation remarquée en 1992-1993 par rapport à 1987 ne s'est pas poursuivie.

4.2.3 Consommation élevée d'alcool

Cinq consommations ou plus en une occasion

Au cours de l'année ayant précédé l'enquête, 57 % des buveurs actuels indiquent avoir consommé, au moins une fois, cinq consommations ou plus en une même occasion (tableau 4.4). Environ le quart (26 %) des individus affirment avoir eu ce comportement au moins cinq fois durant l'année. Les

hommes sont plus enclins à agir de la sorte comparativement aux femmes (37 % c. 13 %*). Enfin, les jeunes sont également les plus nombreux à présenter ce comportement. En effet, plus de 40 % d'individus de 15-24 ans affirment avoir eu ce comportement cinq fois ou plus au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, ce qui représente le double par rapport aux 45-64 ans, par exemple. La proportion de buveurs ayant pris au moins cinq consommations en une même occasion ne diffère pas selon le niveau de revenu (données non présentées). La comparaison avec 1992-1993, ne montre pas d'augmentation de cette proportion comme c'est le cas pour la province.

En Mauricie, il y a une plus grande proportion, chez les buveurs actuels, à n'avoir jamais pris 5 consommations ou plus en une même occasion, c'est-à-dire 48,7 % [43,3 – 54,2] comparativement à 34,3 % [27,8 – 40,7] au Centre-du-Québec. Cette différence pourrait être attribuable, en partie, à la structure d'âge plus vieille en Mauricie.

Tableau 4.4

Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Cinq consommations ou plus en une même occasion					
	Aucune fois		De une à quatre fois		Cinq fois ou plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	29,9	24,5 – 35,3	33,1	27,6 – 38,7	36,9	31,2 – 42,6
Femmes	57,3	51,2 – 63,4	29,4	23,8 – 35,0	13,3*	9,4 – 18,1
Sexes réunis						
15-24 ans	30,2	21,8 – 38,6	29,0	20,9 – 38,1	40,9	31,9 – 49,8
25-44 ans	35,6	29,3 – 41,9	39,3	32,9 – 45,7	25,2	19,5 – 30,9
45-64 ans	55,4	47,5 – 63,3	25,4	18,7 – 33,0	19,2*	13,3 – 26,3
65 ans et plus	74,7	58,6 – 87,1	17,3**	7,3 – 32,4	8,0**	1,8 – 20,9
Total	**43,1**	**38,9 – 47,3**	**31,4**	**27,4 – 35,3**	**25,6**	**21,9 – 29,3**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Enivrement

Près de 10 % des buveurs actuels disent s'être enivrés cinq fois ou plus durant l'année (tableau 4.5). Ce comportement est plus fréquent chez les hommes et chez les jeunes de 15-24 ans où plus du quart affirment s'être enivré cinq fois ou plus durant l'année. On ne détecte pas de différence selon le revenu pour la fréquence d'enivrement (données non présentées). Les données pour la comparaison entre 1992-1993 et 1998 ne sont pas disponibles au niveau régional pour cet indicateur.

Tableau 4.5

Fréquence annuelle d'enivrement selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Enivrement					
	Aucune fois		De une à quatre fois		Cinq fois ou plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	59,5	53,7 – 65,4	27,7	24,4 – 33,0	12,8*	9,0 – 17,3
Femmes	72,5	67,0 – 78,0	22,4	17,3 – 27,5	5,1**	2,8 – 8,6
Sexes réunis						
15-24 ans	31,2	22,8 – 39,7	41,4	32,4 – 50,3	27,4*	19,6 – 36,5
25-44 ans	67,4	61,3 – 73,6	26,9	21,0 – 32,7	5,7**	3,1 – 9,6
45-64 ans	82,8	75,7 – 88,5	15,2*	9,8 – 22,1	2,0**	0,4 – 5,7
65 ans et plus	96,4	84,6 – 99,8	3,6**	0,2 – 15,4	0,0	0,0 – 0,0
Total	**65,8**	**61,7 – 69,8**	**25,2**	**21,4 – 28,7**	**9,1**	**6,8 – 11,9**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

En Mauricie et au Centre-du-Québec, c'est près de 8 personnes sur 10 de 15 ans et plus qui ont consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois ayant précédé l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Les hommes et les 15-44 ans sont les sous-groupes où l'on retrouve proportionnellement le plus grand nombre de consommateurs. On remarque également une proportion plus forte de buveurs actuels parmi les gens ayant un revenu plus élevé.

Les hommes demeurent de plus grands consommateurs d'alcool que les femmes. Ils sont ainsi plus nombreux à présenter une consommation hebdomadaire élevée. De plus, une proportion plus forte d'hommes que de femmes ont une consommation élevée d'alcool, c'est-à-dire qu'ils ont pris cinq consommations ou plus en une même occasion, ou bien déclarent s'être enivrés, et ce, cinq fois ou plus durant l'année. Les jeunes de 15-24 ans sont un groupe ayant une forte proportion de consommation élevée d'alcool.

Rappelons finalement que les données provinciales mettent en évidence une augmentation de la proportion de buveurs depuis la dernière enquête mais aussi de la proportion des buveurs à niveau de consommation élevée. Bien que ces tendances ne soient pas statistiquement significatives dans les résultats régionaux, il n'en demeure pas moins que les jeunes de 15-24 ans de la région sont

bien présents parmi les buveurs à niveau de consommation élevée et à fréquence d'enivrement élevée. Les jeunes présenteraient par leur manière de boire, un profil de consommation à risque.

CHAPITRE 5

CONSOMMATION DE DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

SYLVIE BERNIER ET LOUIS ROCHELEAU

Introduction

La consommation de drogues, c'est-à-dire d'une substance psychoactive illégale ou d'un médicament obtenu illicitement sans ordonnance est considérée comme une habitude de vie qui peut entraîner des problèmes sociaux et de santé. Ces problèmes peuvent varier selon le type de substances, la quantité et aussi son mode d'absorption. Dans la présente enquête, même si les conséquences de la consommation de drogues diffèrent selon le produit, une distinction est faite entre deux types de drogues seulement, soit la marijuana et les autres drogues. De plus, dans ce chapitre, la consommation de drogues est mise en relation avec celle de l'alcool.

Afin de contribuer à contenir les effets délétères de la consommation de drogues aux plans humain et social, un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec est d'augmenter, d'ici l'an 2002, « le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992)

Dans le présent chapitre, la consommation déclarée de drogues est décrite selon le type de consommateurs et le type de drogues utilisées. Aussi, la consommation de substances psychoactives (alcool et drogues) est examinée.

5.1 Aspects méthodologiques

5.1.1 Indicateurs

La consommation de drogues est définie par le fait d'avoir fait usage, au moins une fois au cours de sa vie, d'une substance psychoactive illégale ou d'un médicament obtenu illicitement sans ordonnance – la consommation peut être ou avoir été régulière, occasionnelle ou passagère.

Trois indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives sont utilisés. Tout d'abord, le type de consommateurs repose sur la répartition de la population en trois catégories : les abstinents, qui sont les personnes ayant déclaré n'avoir jamais consommé de drogues au cours de leur vie; les anciens consommateurs, qui ont déjà consommé des drogues mais pas au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête; et les consommateurs actuels, qui ont pris des drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête – peu importe la quantité ou la fréquence.

Le deuxième indicateur touche les substances consommées et présente aussi trois catégories : les personnes qui n'ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête; les personnes

qui, pour la même période, n'ont consommé que du cannabis (sous une forme ou sous une autre); et les personnes qui ont consommé soit d'autres drogues (incluant amphétamines, cocaïne, héroïne, hallucinogènes et tranquillisants pris sans ordonnance), soit du cannabis et d'autres drogues au cours de la même période.

Le troisième indicateur mesure l'usage conjugué de substances psychotropes (drogues et alcool). Encore une fois, la population est classée en trois catégories : les personnes qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, n'ont consommé aucune substance psychoactive; celles qui n'ont consommé que de l'alcool; et celles qui ont fait usage soit d'alcool et de drogues, soit de drogues seulement (polyusage). Les deux premiers indicateurs sont construits à partir des questions QAA44 à QAA47 du questionnaire autoadministré (QAA) et ne fournissent donc de l'information que pour les personnes âgées de 15 ans et plus; le troisième repose sur les mêmes questions ainsi que sur l'indicateur mesurant le type de consommateur d'alcool (voir le chapitre précédent).

5.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Des modifications au questionnaire empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

5.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle atteint 8 % pour l'indicateur de polyusage de substance psychoactive (drogues et alcool) mais les distributions de la non-réponse par sexe, âge et scolarité relative demeurent sensiblement les mêmes. La distribution particulière de la non-réponse partielle devrait induire une légère sous-estimation des taux.

Les données figurant dans le présent chapitre ne permettent, en aucune façon, d'établir une prévalence des toxicomanies. Il est en effet généralement reconnu qu'une portion des grands consommateurs refusent de participer à de telles enquêtes. Des études spécifiques sont nécessaires pour arriver à bien documenter les toxicomanies.

Les données ne peuvent non plus servir à établir la prévalence de la consommation au sein d'une population puisqu'un biais de désirabilité sociale est associé à la déclaration des comportements illégaux et illicites, ce qui entraîne une sous-déclaration du comportement. Par ailleurs, la présente enquête documente la consommation de drogues que chez les personnes âgées de 15 ans et plus, alors qu'une partie des utilisateurs commencent à consommer avant cet âge.

Les résultats de l'enquête ne laissent donc entrevoir qu'une partie de la réalité mais demeurent toutefois intéressants en tant qu'indicateurs témoins d'un phénomène social difficile à cerner. Finalement, le lecteur est invité à consulter le rapport provincial pour plus d'information sur les aspects méthodologiques de ce chapitre.

5.2 Résultats

5.2.1 Type de consommateurs

Plus de sept résidents sur dix (73 %) de la région Mauricie et Centre-du-Québec âgés de 15 ans et plus, affirment n'avoir jamais consommé de drogues de leur vie; un sur dix (11 %) se dit ancien consommateur et près d'un sur six (15 %) a consommé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (tableau 5.1). Ces proportions représentent **approximativement 263 000, 41 000 et 55 000 individus**.

Tableau 5.1

Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Jamais consommé		Anciens consommateurs		Consommateurs actuels	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	67,6	62,7 – 72,5	12,7	9,4 – 16,7	19,7	15,6 – 24,2
Femmes	79,0	74,7 – 83,4	10,1*	7,1 – 13,8	10,9*	7,8 – 14,7
Sexes réunis						
15-24 ans	49,8	41,2 – 58,4	13,5*	8,2 – 20,6	36,7	28,4 – 45,0
25-44 ans	65,0	59,2 – 70,7	20,7	15,8 – 25,6	14,3*	10,3 – 19,1
45-64 ans	90,5	85,7 – 94,1	3,0**	1,2 – 6,3	6,5**	3,6 – 10,7
65 ans et plus	93,0	85,3 – 97,4	0,0	0,0 – 0,0	7,0**	2,6 – 14,8
Total	**73,3**	**70,0 – 76,6**	**11,4**	**9,1 – 13,8**	**15,3**	**12,6 – 18,0**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être des consommateurs actuels (20 % c. 11 %*) et de ce fait, moins nombreux à n'avoir jamais consommé (68 % c. 78 %). La proportion de personnes abstinentes augmente rapidement selon l'âge. On retrouve 50 % d'abstinents à 15-24 ans tandis que cette proportion passe à plus de 90 % chez les 45 ans et plus. Par le fait même, on retrouve 37 % de 15-24 ans qui ont consommé au cours des douze mois précédant l'enquête et cette proportion diminue graduellement avec l'âge pour atteindre environ 7 %** à 65 ans et plus. La proportion d'anciens consommateurs est déjà près de 14 %* chez les 15-24 ans et dépasse les 20 % à 25-44 ans.

Les individus ayant une scolarité relative élevée sont proportionnellement plus nombreux à être d'anciens consommateurs que ceux ayant un niveau de scolarité faible (14 % [10,3 – 17,6] c. 8 %

[5,4 – 11,9]). De même, les personnes pauvres ou très pauvres sont proportionnellement plus nombreuses à être abstinentes, que celles à revenu moyen supérieur ou supérieur (77 % [69,2 – 84,3] c. 73 % [66,7 – 78,5] et 72 % [66,1 – 77,3]). Au niveau de la région, ces tendances observées ne sont pas statistiquement significatives mais vont dans le sens des données provinciales (données non présentées).

5.2.2 Type de drogues consommées

Parmi les personnes de 15 ans et plus, 15 % ont consommé au moins une drogue au cours des douze mois précédant l'enquête. Ainsi, environ 9 % [7,0 – 11,4] ont pris de la marijuana seulement et autour de 6 % [4,6 – 8,4] d'individus ont pris de la marijuana et d'autres drogues ou d'autres drogues seulement (données non présentées).

5.2.3 Usage de substances psychoactives – drogues et alcool

Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, environ 17 % des résidents de la Mauricie et du Centre-du-Québec âgés de quinze ans et plus, n'ont fait usage d'aucune substance psychoactive (ni alcool, ni drogues) (tableau 5.2). Plus des deux tiers (68 %), ont consommé de l'alcool seulement et près du sixième (15 %) ont fait usage de drogues et d'alcool ou de drogues seulement.

Tableau 5.2

Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Aucune substance psychoactive		Alcool seulement		Polyusage (alcool et drogues ou drogues seulement)	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	13,9	10,4 – 18,0	66,3	61,3 – 71,3	19,8	15,8 – 24,5
Femmes	19,5	15,4 – 24,1	69,5	64,5 – 74,4	11,1*	7,9 – 14,9
Sexes réunis						
15-24 ans	8,9**	4,6 – 15,1	54,4	45,9 – 63,0	36,7	28,4 – 45,0
25-44 ans	12,3*	8,6 – 16,9	73,3	67,9 – 78,7	14,4*	10,4 – 19,2
45-64 ans	18,7	13,6 – 24,7	74,6	68,7 – 80,6	6,7**	3,7 – 11,0
65 ans et plus	37,9	27,3 – 48,5	54,9	44,0 – 65,8	7,2**	2,7 – 15,1
Total	**16,6**	**13,8 – 19,4**	**67,9**	**64,4 – 71,4**	**15,5**	**12,8 – 18,2**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les hommes sont polyutilisateurs de drogues et d'alcool dans une plus grande proportion que les femmes (20 % c. 11 %*). Le polyusage diminue avec l'âge. La plus forte proportion de polyutilisateurs se retrouve chez les 15-44 ans et en particulier chez les 15-24 ans où l'on en retrouve 37 %.

D'autre part, le polyusage est fortement associé au niveau socioéconomique. Ainsi, les données régionales montrent que moins une personne est scolarisée ou fortunée moins elle sera consommatrice de substances psychoactives. Cette relation est surtout due à la consommation d'alcool (tableau 5.3).

Tableau 5.3

Usage de substances psychoactives (drogues et alcool), selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Niveau de scolarité/ revenu	Aucune substance psychoactive		Alcool seulement		Polyusage (alcool et drogues ou drogues seulement)	
	%	IC	%	IC	%	IC
Niveau de scolarité						
Faible	22,6	17,9 – 27,2	61,6	56,2 – 67,1	15,8	11,9 – 20,4
Élevée	11,8	8,6 – 15,5	73,6	69,0 – 78,1	14,7	11,2 – 18,8
Niveau de revenu						
Très pauvre/ pauvre	29,0	21,3 – 37,7	53,7	45,0 – 62,4	17,3*	11,2 – 25,1
Moyen inférieur	18,2	13,3 – 24,0	70,0	63,9 – 76,1	11,8*	7,8 – 16,8
Moyen supérieur/ supérieur	8,9*	5,7 – 13,2	73,3	67,7 – 78,8	17,9	13,3 – 23,2

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Plus de sept résidents sur dix affirment n'avoir jamais consommé de drogues de leur vie, un sur dix est ancien consommateur et environ un sur six a consommé au cours des douze mois précédant l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Les hommes et les jeunes de 15-24 ans sont plus nombreux à être des consommateurs actuels. Dans la population des 15 ans et plus, ont retrouve 9 % de consommateurs de marijuana et près de 6 % de consommateurs de marijuana et d'autres drogues ou d'autres drogues seulement.

La comparaison avec les enquêtes antérieures de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 n'est pas possible. Cependant, on démontre dans le rapport provincial, en comparant les résultats avec d'autres enquêtes passées, que la consommation déclarée de marijuana des Québécois ne cesse d'augmenter depuis 1985 où elle n'était que de 3 % alors qu'en 1998, elle atteint les 10 %. Force est de constater que l'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* qui prévoit accroître le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales ne sera pas atteint d'ici 2002.

CHAPITRE 6

ALIMENTATION : PERCEPTION, PRATIQUES ET INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

YVES PEPIN

Introduction

Une saine alimentation est importante pour le maintien de la santé et du bien-être tout au long de la vie. L'alimentation est en effet étroitement reliée à la morbidité et à l'espérance de vie des populations. À cet égard, la connaissance de ce qui motive les choix alimentaires, tant au chapitre de la qualité que de l'apport alimentaire, permet de mieux planifier les programmes.

Aussi, ce chapitre, en plus d'aborder la perception de la qualité de ses habitudes alimentaires comme telles, se propose de présenter certains comportements alimentaires afin de mieux les documenter. On y retrouve notamment la consommation de repas préparés à l'extérieur de la maison qui apparaît prendre de plus en plus d'importance dans nos sociétés. Or, la consommation de ce type de repas n'est pas sans conséquence sur le contrôle que peuvent exercer les gens sur la qualité de leur alimentation notamment quant au choix des ingrédients utilisés dans la préparation des mets, aux méthodes de cuisson et, dans une certaine mesure, à la taille des portions. En outre, la solitude au moment de la prise des repas à domicile est aussi abordée du fait que les personnes vivant seules tendraient à avoir une alimentation moins adéquate.

Ce chapitre aborde en dernier lieu l'insécurité alimentaire afin de cerner les problèmes associés, comme le rappelle la *Politique de la santé et du bien-être*, entre des revenus moindres et un apport alimentaire quotidien insuffisant et, dans les cas extrêmes, à l'absence de nourriture certains jours. La sécurité alimentaire peut se définir comme la capacité des individus à acquérir en tout temps et de façon acceptable la qualité et la quantité suffisante de nourriture saine et adaptée aux goûts et au milieu nécessaire à assurer une vie active et un bon état de santé.

La perception des habitudes alimentaires sera analysée en lien avec les caractéristiques socioéconomiques se rapportant à la scolarité relative, au revenu des ménages, à la perception de sa situation financière et, sur le plan de la santé, selon l'indice pondéral et la perception de l'état de santé. Pour ce qui est de la prise de repas préparés à l'extérieur, elle sera croisée avec la scolarité relative et le revenu des ménages. Ce comportement sera aussi étudié sous l'angle de la perception des habitudes alimentaires. Quant à l'insécurité alimentaire, elle sera abordée en lien avec le revenu des ménages et la perception de sa situation financière.

6.1 Aspects méthodologiques

6.1.1 Indicateurs

La perception des habitudes alimentaires provient de la section III du questionnaire autoadministré (QAA) et l'insécurité alimentaire est tirée de la section XIII du questionnaire avec intervieweur (QRI).

La question 8 du QAA sert à connaître l'autoévaluation des habitudes alimentaires perçues des gens lorsque ces derniers se comparent aux autres. Les réponses excellentes et très bonnes et les réponses moyennes et mauvaises ont été regroupées pour faire trois catégories. Il s'agit évidement d'une réponse subjective.

La consommation de repas préparés à l'extérieur au cours des 7 jours précédant l'enquête provient de trois questions (QAA9a à QAA9c) qui demandent de préciser le type de repas consommés. En regroupant les résultats de ces trois questions, un indice sur la fréquence de la consommation de ces repas a été construit. L'indice comprend quatre catégories : jamais (0 fois), occasionnellement (de 1 à 3 fois), souvent (de 4 à 6 fois) et régulièrement (7 fois ou plus).

Les questions 10 et 11 du QAA (portant sur la prise de repas à domicile avec un conjoint ou un adulte et sur la prise de repas avec des enfants de moins de15 ans) ont servi à connaître le nombre de personnes qui mangent habituellement seules à domicile en regroupant celles qui ont répondu par la négative à ces deux questions. Ces questions permettent évidemment de savoir avec qui mangent les personnes ayant déclaré ne pas prendre leurs repas seules.

L'insécurité alimentaire est tirée de la réponse aux questions 153, 154 et 155 du QRI. Ces questions évaluent la variété limitée du régime, la restriction de l'apport alimentaire et l'incapacité à offrir des repas équilibrés par manque de ressources financières. On considère comme souffrant d'insécurité alimentaire tous ceux qui ont répondu par l'affirmative à une de ces questions.

Pour ceux qui présentaient une détresse alimentaire, la question 156 du QRI a été posée au répondant principal du ménage. Cette question sert à évaluer le nombre de jours au cours du dernier mois où les membres du ménage ont manqué soit de nourriture ou encore d'argent pour en acheter.

6.1.2 Portée et limites des données

Il faut rappeler que ce chapitre porte sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires et non sur la consommation comme telle. Le taux de non-réponse partielle aux différents aspects présentés dans ce chapitre était inférieur à 5 %. Pour plus d'information sur les indicateurs et leurs limites, le lecteur est invité à consulter le rapport provincial.

6.2 Résultats

6.2.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires

La population de 15 ans et plus déclare à 39 % des habitudes excellentes ou très bonnes et à 45 % de bonnes habitudes alimentaires ce qui représente **approximativement 150 000** et **173 000 personnes** (tableau 4.1). Ces deux groupes surpassent la proportion de la population ayant rapporté des habitudes moyennes ou mauvaises (16 %) soit **environ 63 000 personnes**. Si, contrairement au Québec, on ne peut affirmer pour la région que les bonnes habitudes alimentaires sont déclarées, de façon significativement plus marquée, que les excellentes ou très bonnes habitudes, les résultats vont dans ce sens.

Tableau 6.1

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Excellente/très bonne		Bonne		Moyenne/mauvaise	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	36,9	32,0 – 41,9	45,0	39,9 – 50,2	18,0	14,2 – 22,3
Femmes	40,1	35,1 – 45,0	45,2	40,1 – 50,3	14,7	11,3 – 18,8
Sexes réunis						
15-24 ans	38,2	29,8 – 46,5	39,7	31,3 – 48,1	22,1*	15,4 – 30,2
25-44 ans	35,7	30,0 – 41,4	48,4	42,4 – 54,4	15,9	11,7 – 20,8
45-64 ans	36,5	30,1 – 42,8	46,8	40,2 – 53,4	16,7	12,1 – 22,3
65 ans et plus	49,6	40,3 – 58,8	40,3*	31,2 – 49,3	10,1**	5,3 – 17,2
Total	**38,5**	**35,0 – 42,0**	**45,1**	**41,5 – 48,7**	**16,4**	**13,7 – 19,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variation selon le sexe et l'âge

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer d'excellentes ou de très bonnes habitudes alimentaires au détriment des habitudes moyennes ou mauvaises. Cette différence provinciale n'est pas significative pour la région, mais les proportions régionales reprennent les écarts provinciaux. Par contre, aucun lien selon l'âge n'est observé pour la région et les valeurs régionales ne suivent pas la tendance du Québec, où la perception de la qualité des habitudes alimentaires s'améliore avec l'âge, les 15-44 ans déclarant, en pourcentage plus élevé, des habitudes moyennes ou mauvaises, au désavantage des habitudes excellentes ou très bonnes.

Variation selon certaines caractéristiques socioéconomiques

Il existe un lien entre la scolarité relative et la perception des habitudes alimentaires (tableau 6.2). Les personnes avec une faible scolarité déclarent de moyennes et mauvaises habitudes alimentaires en plus grande proportion que la population ayant une scolarité élevée (20 % c. 14 %). À l'encontre du Québec, aucune association entre un niveau de revenu plus élevé et une meilleure perception des comportements alimentaires n'apparaît dans notre région.

Tableau 6.2

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Scolarité relative	Excellente/très bonne		Bonne		Moyenne/mauvaise	
	%	IC	%	IC	%	IC
Faible	34,3	29,2 – 39,4	46,1	40,8 – 51,5	19,6	15,5 – 24,2
Élevée	41,3	36,3 – 46,2	45,0	40,0 – 50,0	13,7	10,4 – 17,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Cependant, les valeurs régionales suivent la tendance provinciale voulant que les gens qui se perçoivent à l'aise sont plus nombreux à rapporter d'excellentes ou de très bonnes habitudes alimentaires (46 % [36,4 – 55,4]) que les gens se déclarant être pauvres ou très pauvres (29 % [22,5 – 34,6]) (données non présentées).

Variation selon certains autres déterminants

Les données de la région sans être significativement différentes présentent, comme au Québec, une association entre la perception des habitudes alimentaires et l'indice de masse corporelle qui veut que le pourcentage de personnes déclarant des habitudes moyennes ou mauvaises est plus important chez ceux présentant un excès de poids (22 % [16,3 – 27,3]) (données non présentées).

Pour ce qui est de la perception de l'état de santé, les valeurs régionales vont dans le sens du Québec où la déclaration des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises croît à mesure que l'état de santé perçu va en se dégradant allant de 9 %* à 34 % (tableau 6.3) et que la déclaration d'habitudes excellentes ou très bonnes est plus élevée chez ceux se percevant en excellente ou très bonne santé (53 %).

Tableau 6.3

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Perception de l'état de santé	Excellente/très bonne		Bonne		Moyenne/mauvaise	
	%	IC	%	IC	%	IC
Excellente/très bonne	53,4	48,5 – 58,3	37,6	32,9 – 42,4	9,0*	6,4 – 12,3
Bonne	20,3	15,1 – 25,5	58,0	51,6 – 64,5	21,7	16,3 – 27,1
Moyenne/mauvaise	19,4*	11,9 – 29,1	46,7	36,4 – 57,0	33,9	24,1 – 43,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

6.2.2 Évaluation de certaines pratiques alimentaires

Consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer

La consommation de repas préparés à l'extérieur de la maison est répandue, 72 % [69,0 – 76,0] de la population de 15 ans et plus y a eu recours au cours des 7 jours précédant l'enquête (tableau 6.4). En outre, si 51 % [47,0 – 55,0] des gens n'ont consommé qu'occasionnellement (1 à 3 fois) ces types de repas hebdomadairement, 14 % [11,4 – 17,0] des 15 ans et plus y ont eu recours souvent (4 à 6 fois) et 7 % [5,0 – 9,3] régulièrement (7 fois ou plus).

Par ailleurs, pour ceux qui consomment des repas préparés à l'extérieur, une majorité (56 % [52,4 – 60,3]) en ont pris dans des restaurants ou des cafétérias, 39 % [35,5 – 43,3] ont eu recours à des repas livrés ou à emporter et 15 % [12,3 – 18,0] à des repas congelés.

Tableau 6.4

Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Consomme repas préparés à l'extérieur de la maison		N'en consomme pas	
	%	IC	%	IC
Hommes	75,2	70,7 – 79,6	24,8	20,4 – 29,3
Femmes	69,9	65,2 – 74,6	30,1	25,4 – 34,8
Sexes réunis				
15-24 ans	84,4	77,1 – 90,2	15,6*	9,8 – 22,9
25-44 ans	83,1	78,1 – 87,4	16,9	12,6 – 21,9
45-64 ans	63,6	57,2 – 70,0	36,4	30,0 – 42,8
65 ans et plus	50,1	40,7 – 59,4	49,9	40,6 – 59,3
Total	**72,5**	**69,0 – 76,0**	**27,5**	**24,0 – 31,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Analyse selon le sexe et l'âge

La différence observée en région, selon le sexe, n'est pas significative (tableau 6.4), mais elle va dans le sens des résultats québécois qui indiquent que les hommes ont eu recours plus souvent à cette habitude durant la semaine précédant l'enquête. L'âge contribue pour beaucoup à cette pratique, puisque 84 % des 15-24 ans et 83 % des 25-44 ans ont consommé des repas préparés à l'extérieur contre 64 % chez les 45-64 ans et la moitié seulement des 65 ans et plus. La fréquentation scolaire et l'activité professionnelle sont évidemment des facteurs déterminant des écarts selon l'âge.

Analyses selon certaines caractéristiques socioéconomiques

La consommation hebdomadaire de repas préparés à l'extérieur est associée au revenu du ménage des répondants. Elle se situe à 66 % [57,1 – 74,4] chez les personnes au sein des ménages pauvres et très pauvres contre 78 % [72,9 – 83,9] chez les moyens supérieurs / supérieurs. À la différence des données provinciales, il n'y a pas d'association entre une scolarité plus élevée et une prise plus importante de repas à l'extérieur. Toutefois, les proportions obtenues vont dans le même sens (données non présentées).

Contrairement au Québec, la prise hebdomadaire de repas préparés à l'extérieur n'augmente pas à mesure que diminue la perception des habitudes alimentaires.

La solitude au moment des repas

Seulement 15 % de la population mange habituellement seule à domicile (tableau 6.5) et aucune différence n'est observée selon le sexe. Les 65 ans et plus sont plus nombreux à manger seuls (29 %) que les personnes plus jeunes (10 % à 15 %).

Tableau 6.5

Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Mange seul		Ne mange pas seul	
	%	IC	%	IC
Hommes	13,9	10,6 – 17,9	86,1	82,1 – 89,4
Femmes	15,3	11,8 – 19,4	84,7	80,6 – 88,2
Sexes réunis				
15-24 ans	10,2**	5,6 – 16,7	89,8	83,3 – 94,4
25-44 ans	10,8*	7,4 – 15,2	89,2	84,9 – 92,6
45-64 ans	14,7*	10,3 – 20,1	85,3	79,9 – 89,7
65 ans et plus	29,2	20,9 – 38,7	70,8	61,3 – 79,1
Total	**14,6**	**12,1 – 17,2**	**85,4**	**82,8 – 87,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Parmi les personnes ne prenant habituellement pas leurs repas seules, quatre personnes sur cinq (81 % [78,0 – 83,7]) les prennent généralement en présence d'un conjoint ou d'une personne de 15 ans ou plus. Par ailleurs, près d'une personne sur trois (31 % [27,6 – 34,3]) prend ses repas avec au moins un enfant de moins de 15 ans.

6.2.3 Insécurité alimentaire des ménages

Au chapitre de l'insécurité alimentaire (tableau 6.6), les valeurs régionales indiquent que près d'une personne de 15 ans et plus sur dix souffre d'insécurité alimentaire dans la région (9 %*) soit **environ 34 000 personnes.** Les personnes au sein des ménages « très pauvres et pauvres » sont plus nombreuses à vivre de l'insécurité alimentaire (26 %*) que celles disposant de revenus plus importants (7 %** et 2 %**). Toutefois, l'importance des coefficients de variation ne permet guère d'épiloguer.

Tableau 6.6

Insécurité alimentaire selon le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Revenu du ménage	Insécurité alimentaire		Pas d'insécurité	
	%	IC	%	IC
Très pauvres/pauvres	25,6*	15,9 – 37,4	74,4	62,6 – 84,1
Moyen inférieur	7,0**	3,3 – 13,0	93,0	87,0 – 96,7
Moyen supérieur/supérieur	1,7**	0,2 – 5,9	98,3	94,1 – 99,8
Total	**9,2***	**6,4 – 12,6**	**90,8**	**87,4 – 93,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Quant au pourcentage de personnes éprouvant une insécurité selon la perception de sa situation financière (tableau 6.7), les personnes se percevant très pauvres et pauvres sont plus nombreuses à vivre une insécurité alimentaire (20 %*) que celles qui perçoivent sous un angle plus favorable leur situation économique (3 %** et 4 %**). Comme précédemment, les coefficients de variations sont importants et les estimations imprécises.

Tableau 6.7

Insécurité alimentaire selon la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Perception de la situation financière	Insécurité alimentaire		Pas d'insécurité	
	%	IC	%	IC
À l'aise	2,6**	0,4 – 8,4	97,4	91,6 – 99,6
Suffisant	4,3**	2,4 – 7,2	95,7	92,8 – 97,6
Pauvres/très pauvre	19,7*	14,2 – 26,3	80,3	73,7 – 85,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Si l'on regarde le nombre de jours où les gens ont manqué de nourriture au cours du dernier mois, 99 % [96,6 – 99,5] des personnes ont répondu n'en avoir jamais manquée.

Conclusion

Au chapitre des habitudes alimentaires, aucun écart n'est observé entre les proportions régionales et québécoises. Toutefois, si, à l'encontre du Québec, il n'est pas toujours évident de dégager des

tendances significatives, les valeurs régionales vont plus souvent qu'autrement dans le sens des observations québécoises.

Seulement 16 % de la population perçoit ses habitudes alimentaires comme étant mauvaises. Cette perception est plus marquée chez les hommes, les moins scolarisés, chez ceux présentant un excès de poids et tend à augmenter à mesure que se dégrade la perception de sa situation financière ou de son état de santé.

Près des trois quarts de la population de 15 ans ou plus ont consommé des repas préparés à l'extérieur de la maison au cours des deux semaines précédant l'enquête. Ce comportement est davantage répandu chez les hommes, les 15-44 ans et ceux présentant un revenu plus élevé.

La prise de repas seul à domicile concerne 15 % des 15 ans et plus. Ce phénomène est nettement plus marqué chez les personnes de 65 ans et plus.

L'insécurité alimentaire touche 9 % de la population et concerne davantage les gens au sein des ménages pauvres et très pauvres et les personnes qui se perçoivent comme telles. Il est à signaler que le manque de nourriture n'atteint que 1 % de la population. Toutefois, le recours aux banques alimentaires ne se retrouve pas dans l'enquête. Il serait intéressant de savoir si la présence de ces banques contribuent à l'atteinte de ce résultat.

CHAPITRE 7

ACTIVITÉ PHYSIQUE

SYLVIE BERNIER ET HUGUES TÉTREAULT

Introduction

Les bienfaits de la pratique de l'activité physique sont de plus en plus connus. Elle contribue, entre autres, à diminuer le risque de souffrir du diabète de type 2, de maladies cardiaques ainsi que d'ostéoporose et aide à améliorer la capacité fonctionnelle d'une population vieillissante. De manière générale, un mode de vie physiquement actif joue un rôle positif dans le maintien, l'amélioration et le recouvrement de la santé.

Une pratique régulière d'activité physique, c'est-à-dire plusieurs jours par semaine et tout au long de l'année, est associée aux bienfaits mentionnés ci-dessus. Les activités de la vie quotidienne (déplacements, tâches d'entretien, etc.) ou reliées au travail ainsi que les activités sportives ou de loisir et les exercices structurés sont autant d'opportunités de bouger régulièrement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a confirmé l'importance accordée à la pratique régulière d'activités dans ses recommandations visant l'atteinte de plusieurs objectifs identifiés dans sa *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). En effet, la stratégie retenue consiste à promouvoir la « régularité » plutôt que « l'intensité » des séances d'exercice et à augmenter le nombre de personnes qui s'y adonnent.

L'Enquête sociale et de santé 1998 fournit des données intéressantes sur l'activité physique de loisir et sur l'activité physique au travail des Québécois et des Québécoises. Les objectifs du présent chapitre sont, de décrire la pratique d'activité physique de loisir sur une période de trois mois et l'intention de pratique au cours de la prochaine année des personnes qui résident en Mauricie et au Centre-du-Québec. Sont mentionnées également les activités physiques de loisir les plus populaires. Aussi, l'activité physique associée au travail ou à l'occupation principale est sommairement décrite.

7.1 Aspects méthodologiques

7.1.1 Indicateurs

L'activité physique a été examinée à l'aide des questions 12, 13 et 17 à 19 du questionnaire autoadministré (QAA) rempli par les 15 ans et plus. Notamment, la question touchant la pratique d'activité physique de loisir (QAA12) permet d'obtenir une estimation de la proportion de la population pouvant être considérée comme « active » durant ses loisirs. L'indicateur généré à partir de cette information est la fréquence d'activité d'une durée de 20 à 30 minutes, au cours des trois mois ayant précédé l'enquête. Au niveau régional, la fréquence d'activité est présentée selon trois

catégories : trois fois par semaine ou plus, de une à deux fois par semaine, et de trois fois par mois ou moins.

L'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, durant les temps libres au cours de la prochaine année, est rapportée en quatre catégories : certainement, probablement oui, ni oui ni non et probablement non ou certainement pas.

Les activités physiques de loisir les plus populaires au cours des 12 derniers mois fournissent de l'information sur la fréquence à laquelle une personne a pratiqué chacune de ces activités au cours de la dernière année.

Finalement, l'activité physique associée au travail ou à l'activité principale est présentée selon quatre niveaux : le premier niveau fait référence à un travail habituellement assis, avec peu ou pas de déplacement. Le niveau 2, est associé à ceux et celles qui travaillent surtout debout ou qui ont souvent à se déplacer, mais qui n'ont pas ou n'ont que peu de charges à soulever ou à transporter. Le niveau 3 s'adresse aux personnes qui soulèvent ou qui transportent habituellement des charges légères, ou qui doivent monter des escaliers ou des pentes. Le niveau 4 fait référence à un travail physique exigeant ou a un transport de charges très lourdes.

7.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions sur l'activité physique de loisir et sur les intentions de pratique de l'activité physique sont identiques à celles de 1992-1993; elles permettent ainsi la comparaison des résultats avec cette enquête. Les questions sur la popularité des activités de l'*Enquête sociale et de santé de 1992-1993* ont dû être modifiées ce qui rend difficile la comparaison entre les enquêtes. Enfin, l'indicateur retenu pour mesurer le niveau d'activité physique associé au travail est le même que celui utilisé dans l'enquête *Santé Québec 1987*.

7.1.3 Portée et limites des données

Les résultats sont représentatifs de l'ensemble de l'année puisque la collecte de données est répartie sur quatre vagues successives de trois mois (individus différents à chacune des vagues). Cependant, les données ne permettent pas d'analyser la fréquence des activités selon les saisons, car l'information recueillie peut chevaucher deux saisons, la période de rappel de la question étant « durant les trois derniers mois ».

Le taux de non-réponse partielle pour les questions 17 et 18 portant sur la popularité d'activité physique varie de 3 % à 8 %. L'analyse provinciale donne les caractéristiques suivantes pour les non-répondants : plus âgés, moins scolarisés, ne travaillant pas.

7.2 Résultats

7.2.1 Pratique d'activité physique de loisir

Le tableau 7.1 donne une vue d'ensemble de la fréquence de la pratique de l'activité physique de loisir des personnes âgées de 15 ans et plus. Près d'une personne de 15 ans et plus sur deux (47 %) a déclaré pratiquer une activité physique de loisir 3 fois par mois ou moins. Une personne sur quatre (25 %) pratique une activité de 1 à 2 fois par semaine et 28 % pratiquent une activité physique de loisir 3 fois ou plus par semaine. Pour la région Mauricie et Centre-du-Québec, ces proportions représentent **approximativement 178 000, 92 000** et **106 000 personnes de 15 ans et plus.**

Tableau 7.1

Fréquence de pratique d'activité physique de loisir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Trois fois par mois ou moins		Une à deux fois par semaine		Trois fois par semaine et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	46,0	40,9 – 51,1	24,6	20,1 – 29,0	29,5	24,8 – 34,2
Femmes	48,7	43,5 – 53,9	24,5	20,1 – 29,0	26,8	22,2 – 31,4
Sexes réunis						
15-24 ans	36,2	27,9 – 44,4	18,6*	12,4 – 26,4	45,2	36,7 – 53,7
25-44 ans	49,8	43,8 – 55,8	31,1	25,6 – 36,7	19,1	14,6 – 24,3
45-64 ans	50,4	43,7 – 57,0	23,2	17,6 – 28,8	26,4	20,6 – 32,3
65 ans et plus	48,7	39,1 – 58,3	17,8*	11,0 – 26,5	33,5	24,4 – 42,6
Total	**47,3**	**43,7 – 51,0**	**24,5**	**21,4 – 27,7**	**28,2**	**24,9 – 31,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

C'est environ 30 % des hommes et 27 % des femmes qui pratiquent l'activité physique de loisir trois fois et plus par semaine. Cette différence selon le sexe n'est pas statistiquement significative pour la région mais va dans le même sens de la différence observée selon le sexe avec les données provinciales.

Les 15-24 ans sont plus nombreux que leurs aînés, toutes proportions gardées, à pratiquer l'activité physique de loisir trois fois ou plus par semaine (45 % contre 19 %, 26 % et 34 %, respectivement). L'écart entre les 15-24 ans et les 65 ans et plus n'est pas statistiquement significatif au niveau régional, mais il est conforme aux observations provinciales.

La fréquence de pratique d'activité physique de loisir est associée au niveau de scolarité. Ainsi, la proportion de personnes pratiquant à une fréquence de trois fois par mois ou moins est plus élevée parmi les personnes ayant un niveau faible de scolarité que parmi les personnes ayant un niveau élevé de scolarité (56 % [50,3 – 61,1] c. 40 % [34,8 – 44,7]). À l'inverse, les personnes pratiquant l'activité physique de loisir trois fois par semaine et plus sont proportionnellement plus nombreuses parmi celles ayant un niveau élevé de scolarité que parmi celles qui ont un niveau faible de scolarité (33 % [28,4 – 37,9] c. 22 % [17,7 – 26,7]) (données non présentées).

La proportion de personnes s'adonnant peu ou pas à la pratique d'activité physique de loisir est aussi associée au revenu du ménage. Ainsi, plus de la moitié (57 % [48,5 – 65,0]) des personnes de 15 ans et plus de la région vivant dans un ménage pauvre, ou très pauvre, pratiquent de l'activité physique de loisir trois fois par mois ou moins alors que cette proportion est de 41 % [34,7 – 46,7] parmi celles vivant dans un ménage bénéficiant d'un revenu supérieur. Ces résultats sont conformes aux résultats provinciaux (données non présentées).

De plus, on ne remarque pas d'évolution dans le niveau de pratique d'activité physique de loisir de la population de la région depuis l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.

7.2.2 Intention de pratique

Plus de 46 % des 15 ans et plus ont rapporté une intention ferme (certainement) envers la pratique régulière d'activité physique de loisir au cours de la prochaine année (tableau 7.2). En Mauricie et au Centre-du-Québec, on estime aux **environs de 171 000 le nombre de personnes de 15 ans et plus** ayant une intention ferme de pratiquer régulièrement l'activité physique de loisir.

Tableau 7.2

Intention de pratique régulière au cours de la prochaine année selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Certainement oui		Probablement oui		Ni oui, ni non		Probablement non/ certainement pas	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	46,0	40,9 – 51,1	30,9	26,1 – 35,6	9,2*	6,4 – 12,6	13,9	10,5 – 17,9
Femmes	44,9	39,8 – 50,1	36,0	31,0 – 40,9	9,3*	6,5 – 12,8	9,9*	7,0 – 12,4
Sexes réunis								
15-24 ans	64,1	55,9 – 72,4	29,3	21,7 – 37,9	4,5**	1,6 – 9,6	2,1**	0,4 – 6,2
25-44 ans	42,0	36,1 – 47,9	38,4	32,6 – 44,2	10,3*	6,9 – 14,6	9,3*	6,1 – 13,5
45-64 ans	41,9	35,4 – 48,4	33,1	26,9 – 39,4	10,1*	6,5 – 14,8	14,9*	10,5 – 20,3
65 ans et plus	38,5	29,1 – 48,0	26,1*	18,0 – 35,7	10,6**	5,4 – 18,2	24,7*	16,8 – 34,2
Total	**45,5**	**41,8 – 49,1**	**33,4**	**30,0 – 36,8**	**9,2**	**7,2 – 11,6**	**11,9**	**9,6 – 14,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Cette proportion est semblable chez les hommes et les femmes (46 % et 45 %). Par contre, la proportion de personnes ayant une intention ferme de pratiquer régulièrement de l'activité physique de loisir est plus élevée chez les 15 à 24 ans, soit environ 64 % alors que chez leurs aînées les proportions gravitent autour de 40 %.

La comparaison avec les données de 1992-1993 ne montre globalement aucun changement significatif en ce qui concerne l'intention de pratiquer régulièrement de l'activité physique de loisir.

7.2.3 Popularité des activités

Sont présentées ici, les cinq activités pratiquées au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. La marche pour fin d'exercice demeure le premier choix de la très grande majorité (75 % [71,2 – 78,3]). La baignade est le second choix (61 % [57,6 – 64,8]). On retrouve ensuite la randonnée à vélo (55 % [50,1 – 58,1]), la marche comme moyen de transport (53 % [49,7 – 57,1]) et finalement, comme cinquième choix la danse (44 % [40,8 – 48,0]) (données non présentées).

7.2.4 Niveau d'activité physique associé au travail ou à l'activité principale

Le tableau 7.3 fait ressortir que près des trois quarts (72 %) de la population de 15 ans et plus, en 1998, se situent aux deux niveaux inférieurs d'exigence physique (niveaux 1 et 2) ce qui représente **environ 85 000 et 179 000 personnes** respectivement. À l'opposé plus du quart (28 %) des

personnes déclarent effectuer un travail qui comporte des exigences physiques plus élevées (niveaux 3 et 4) soit **approximativement 73 000 et 28 000 individus** respectivement.

Tableau 7.3

Niveau d'activité physique associé au travail ou à l'activité principale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Niveau 1 (le moins élevé)		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4 (le plus élevé)	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	23,7	19,2 – 28,2	42,3	37,1 – 47,5	21,5	17,2 – 25,9	12,4	9,2 – 16,4
Femmes	22,9	18,5 – 27,2	55,6	50,4 – 60,8	18,7	14,8 – 23,2	2,8**	1,4 – 5,1
Sexes réunis								
15-24 ans	32,0	23,9 – 40,1	37,2	28,8 – 45,5	23,5	16,4 – 31,7	7,4**	3,5 – 13,4
25-44 ans	21,0	16,1 – 26,0	47,6	41,6 – 53,6	20,3	15,7 – 25,2	11,1*	7,6 – 15,5
45-64 ans	20,4	15,0 – 25,8	53,7	47,0 – 60,4	19,4	14,3 – 25,3	5,5**	3,6 – 10,7
65 ans et plus	24,2	16,0 – 34,1	58,9	48,9 – 68,8	16,7	9,8 – 25,7	0,2**	0,0 – 4,3
Total	**23,3**	**20,2 – 26,4**	**49,1**	**45,4 – 52,8**	**20,1**	**17,1 – 23,1**	**7,6**	**5,7 – 9,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On retrouve une plus grande proportion de femmes (56 %) ayant des activités d'exigence physique de niveau 2 que d'hommes (42 %). D'autre part, les personnes dont le travail ou l'occupation principale est physiquement très exigeant (niveau 4) sont des hommes soit 12 % comparativement à environ 3 % chez les femmes.

La proportion d'individus se situant au niveau le plus faible d'exigence physique (niveau 1) demeure assez stable quel que soit l'âge malgré que les 15-24 ans semblent proportionnellement plus nombreux. La différence n'est pas statistiquement significative même avec les données provinciales. Sans être statistiquement significatif, la proportion d'individus avec des activités d'exigence de niveau 2 augmente avec l'âge. Cette augmentation est statistiquement significative avec les données provinciales. Le niveau 3 voit une proportion plus élevée chez les 15-24 ans par rapport aux autres groupes d'âge. Cette observation est statistiquement significative avec les données provinciales. Enfin, pour le niveau 4, les données souffrent d'un coefficient de variation élevé mais mentionnons que la tendance provinciale montre une baisse des proportions à partir du groupe des 45 ans et plus. À ce sujet, le chapitre 7 du rapport provincial présente ces données selon l'âge et le sexe.

La comparaison avec les résultats de 1987 ne permet pas de constater d'évolution du niveau d'activité physique associée au travail ou à l'activité principale entre les deux enquêtes.

Conclusion

En Mauricie et au Centre-du-Québec, chez les 15 ans et plus, près de la moitié sont très peu actifs et pratiquent une activité physique de loisir trois fois ou moins par mois et plus du quart est actif avec une pratique de trois fois et plus par semaine. Pris globalement, les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique de loisir trois fois et plus par semaine. Selon l'âge, les personnes les plus jeunes (15-24 ans) sont les plus actives durant leurs loisirs. Le rapport provincial mentionne à ce sujet que la différence entre les hommes et les femmes est expliquée majoritairement par la proportion élevée de jeunes hommes très actifs. La scolarité et le revenu sont associé à la pratique d'activité physique de loisir. La marche pour fin d'exercice demeure l'activité privilégiée.

Près de la moitié des 15 ans et plus rapporte une intention ferme de pratique régulière d'activité physique de loisir au cours de la prochaine année, ce qui démontre qu'une partie de la population est sensibilisée aux bienfaits d'être actif physiquement.

Les résultats obtenus démontrent qu'il y a encore beaucoup trop de personnes peu actives compte tenu des effets positifs de l'activité physique sur la santé de la population. Une telle constatation et aussi le fait que la situation ait peu évoluée depuis l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* incite à maintenir les efforts de promotion auprès de la population en général et peut-être particulièrement auprès des populations cibles que l'enquête a mis en évidence.

CHAPITRE 8
POIDS CORPOREL

YVES PEPIN

Introduction

Plusieurs études ont démontré l'impact relatif du poids corporel sur le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains types de cancer. Des problèmes de santé peuvent être attribuables à un surplus de poids et, à cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale une augmentation mondiale de la prévalence de l'obésité. Par contre, d'autres problèmes peuvent être rattachés à un poids insuffisant (carences alimentaires, fatigue chronique, etc.).

La notion de poids santé prend ici toute son importance. Ainsi, dans ce chapitre, l'indice de masse corporelle est utilisé pour connaître la répartition au sein de la population des individus présentant un poids corporel problématique. Cet indice permet, entre autres, de vérifier l'atteinte d'un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* qui a trait aux problèmes de santé et aux facteurs de risque associés à l'excès de poids comme l'hypertension, l'hyperlipémie, le diabète et des types particuliers de cancer. À cet égard, l'évolution des trois grandes catégories de poids entre les trois enquêtes de 1987, 1992-1993 et celle de 1998 est présentée. Par ailleurs, le croisement de l'indice de masse corporelle avec des caractéristiques socioéconomiques comme le revenu des ménages et la scolarité relative permet de mieux cerner les populations plus susceptibles de présenter des problèmes de poids.

Par ailleurs, si le désir de perdre du poids apparaît justifié dans certains cas d'obésité, il peut être motivé parfois par des considérations esthétiques, même quand une perte de poids n'apparaît pas appropriée en fonction du poids santé, et avoir des conséquences sur l'état de santé. Ce chapitre permet d'avoir plus d'informations sur ces considérations, le désir de changer de poids étant notamment considéré en fonction de l'indice de masse corporelle du répondant.

8.1 Aspects méthodologiques

8.1.1 Indicateurs

Les indicateurs présentés sont l'indice de masse corporelle (IMC) et le désir de changer de poids. Les motifs pour changer de poids lorsque la personne veut maigrir sont aussi présentés.

Ces indicateurs proviennent de la section II – votre poids - du questionnaire autoadministré (QAA). L'IMC a été calculé à partir des questions sur la grandeur (QAA2) et sur le poids (QAA3). Le désir de changer de poids est obtenu par la question QAA4. La question sur le poids désiré (QAA5) permettait de connaître la volonté du répondant de perdre du poids (un poids désiré inférieur au

poids actuel) ou de gagner du poids (un poids désiré supérieur au poids actuel). Finalement, quand un répondant indiquait, pour cette dernière question, un désir de maigrir, les questions suivantes (QAA6a à QAA6f) sur les raisons invoquées pour changer de poids ont été traitées.

L'indice de masse corporelle est obtenu par le rapport du poids (en kilogramme) d'un individu à sa taille (en mètre) élevée au carré. Par après, les indices sont regroupés en trois catégories : poids insuffisant, poids santé et excès de poids.

8.1.2 Portée et limites des données

Il faut garder à l'esprit que les seuils de l'indice de masse corporelle ont été développés pour une population de 20 à 64 ans en bonne santé et ne présentant pas de condition physiologique particulière. Cet indice ne s'applique pas aux femmes enceintes et celles-ci sont exclues des résultats de ce chapitre.

Par ailleurs, il faut rappeler que l'analyse régionale du poids désiré selon l'âge et le sexe n'aborde que le désir de perdre du poids. Pour plus d'information sur les aspects méthodologiques et les limites des indices, consultez le rapport provincial *Enquête sociale et de santé, 1998*.

8.2 Résultats

8.2.1 Indice de masse corporelle

L'enquête indique que la population de 15 ans et plus se retrouve à 57 % avec un poids santé. Toutefois, 30 % de la population présente un excès de poids et 13 % se signalent par un poids insuffisant (tableau 8.1). Ainsi, pour notre région, **environ 113 000 personnes de 15 ans et plus** présentent un excès de poids et **51 000 personnes, environ,** ont un poids insuffisant.

Tableau 8.1

Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Poids insuffisant		Poids santé		Excès de poids	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	8,7*	6,0 – 12,0	56,9	51,8 – 62,0	34,4	29,5 – 39,3
Femmes	18,1	14,3 – 22,5	56,5	51,5 – 61,6	25,3	20,9 – 29,8
Sexes réunis						
15-24 ans	15,3*	9,6 – 22,7	71,6	63,0 – 79,2	13,1*	7,8 – 20,1
25-44 ans	11,1*	7,6 – 15,4	62,4	56,6 – 68,2	26,5	21,2 – 31,8
45-64 ans	4,5**	2,2 – 8,1	56,7	50,2 – 63,3	38,8	32,4 – 45,2
65 ans et plus	34,7	25,8 – 43,6	25,8*	18,0 – 34,9	39,6	30,4 – 48,7
Total	**13,4**	**11,0 – 15,9**	**56,7**	**53,1 – 60,3**	**29,8**	**26,5 – 33,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La région connaît des proportions similaires d'hommes et de femmes se retrouvant avec un poids santé, plus de femmes que d'hommes affichent un poids insuffisant (18 % contre 9 %*) alors que les hommes sont davantage affectés par un excès de poids (34 % c. 25 %).

Le pourcentage de la population avec un excès de poids augmente à mesure que l'on avance en âge, variant de 13 %* chez 15-24 ans à 39 % chez les 45 ans et plus. Du même souffle, la proportion de la population avec un poids insuffisant diminue de 15-24 ans à 45-64 ans pour passer de 15 %* à 5 %**. Toutefois, l'importance relative des personnes ayant un poids insuffisant se redresse chez les 65 ans et plus, pour remonter à 35 %. Ces tendances selon l'âge font en sorte que seulement 26 %* des 65 ans et plus ont un poids santé

Les proportions régionales, sans présenter toujours des écarts significatifs, reprennent les tendances provinciales selon l'âge qui indiquent une diminution continue de la part de personnes présentant un poids santé à mesure qu'on avance en âge.

La comparaison avec les enquêtes de 1987 et 1992-1993 (tableau 8.2) indique une augmentation de l'excès de poids entre 1992-1993 et 1998 (25 % à 30 %), attribuable essentiellement à la situation observable chez les femmes. Par ailleurs, plus de personnes présentent un excès de poids en 1998 qu'en 1987. Cette observation vaut tant pour les hommes que les femmes et pour l'ensemble des 25 ans et plus. De plus, moins de 45-64 ans connaissent un poids santé en 1998 qu'en 1987.

Tableau 8.2

Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et groupe d'âge	Poids insuffisant			Poids santé			Excès de poids		
	1987	1992-93	1998	1987	1992-93	1998	1987	1992-93	1998
Hommes	9,7	9,0	8,7*	66,3[b]	60,1	56,9	23,9[b]	30,9	34,4
Femmes	24,6	21,5	18,1	60,0	58,8	56,5	15,4[b]	19,7[b]	25,3
Sexes réunis									
15-24 ans	20,9	16,8	15,3*	65,3	69,1	71,6	13,7*	14,1*	13,1*
25-44 ans	13,2	12,4	11,1*	68,5	65,6	62,4	18,3[b]	22,0	26,5
45-64 ans	7,3*	5,4*	4,5**	68,2[b]	61,6	56,7	24,5[b]	33,0	38,8
65 ans et plus	44,9	40,4	34,7	32,3	27,0	25,8*	22,8*[b]	32,6	39,5
Total	**17,3**[b]	**15,2**	**13,4**	**63,1**[b]	**59,5**	**56,7**	**19,6**[b]	**25,3**[b]	**29,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les problèmes de poids sont liés à la suffisance du revenu, les personnes avec un poids santé se retrouvant en plus grande proportion au sein des ménages appartenant au regroupement « moyen supérieur ou supérieur » (64 % [58,0 – 69,6]) que chez ceux « pauvres ou très pauvres » (44 % [37,7 – 52,4]) (données non présentées).

Sans être significatives, les données régionales vont dans le sens des données provinciales voulant que le poids santé est plus fréquent chez les personnes à scolarité élevée, alors que l'excès de poids est davantage présent parmi les gens ayant une scolarité relative faible (33 % [28,1 – 38,2] c. 27 % [22,6 – 31,6]) (données non présentées).

8.2.2 Désir de changer de poids

Au chapitre de la satisfaction vis-à-vis son poids, la majorité des gens de 15 ans et plus (58 % [54,0 – 61,2]) souhaitent maintenir leur poids et 40 % [36,1 – 43,2] désirent maigrir. Seul, un maigre 3 %* [1,7 – 4,2] de la population souhaite prendre du poids (données non présentées). Toutefois, plus de gens semblent vouloir maintenir leur poids en Mauricie et au Centre-du-Québec que dans l'ensemble du Québec (58 % [54,0 – 61,2] contre 51 % [50,2 – 52,3]).

Le désir de perdre du poids est associé au sexe (tableau 8.3). Ainsi, les femmes veulent davantage maigrir que les hommes (49 % c. 30 %). La proportion de la population désirant maigrir est liée à

l'âge et augmente de façon significative de 15-24 ans à 45-64 ans (de 34 % à 45 %) pour chuter chez les 65 ans et plus.

Tableau 8.3

Désir de maigrir selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Désire maigrir		Ne désire pas maigrir	
	%	IC	%	IC
Hommes	30,4	25,6 – 35,2	69,6	64,9 – 74,4
Femmes	48,7	43,6 – 53,8	51,3	46,2 – 56,5
Sexes réunis				
15-24 ans	33,7	25,6 – 41,9	66,3	58,1 – 74,3
25-44 ans	41,6	35,7 – 47,5	58,4	52,5 – 64,3
45-64 ans	44,7	38,1 – 51,3	55,3	48,8 – 61,9
65 ans et plus	31,6	22,8 – 40,3	68,4	59,7 – 77,2
Total	**39,6**	**36,1 – 43,2**	**60,4**	**56,8 – 63,9**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Par ailleurs, le désir de perdre du poids est, sans surprise, intimement lié à l'indice de masse corporelle. Ainsi, 5 %** [1,6 – 11,3] de la population de 15 ans et plus avec un poids insuffisant désire maigrir contre 32 % [27,1 – 36,1] pour celle avec un poids santé et 70 % [63,8 – 76,1] chez les gens présentant un excès de poids. Il est intéressant de signaler que près d'une personne sur trois ayant un poids santé désire, tout de même, maigrir (données non présentées).

8.2.3 Motifs invoqués pour vouloir maigrir

Au chapitre des raisons invoquées pour désirer maigrir (tableau 8.4), on note que le besoin d'améliorer leur apparence (86 %) ou d'être en meilleure santé (71 %) constituent les deux principales raisons avancées pour vouloir perdre du poids, loin devant vouloir traiter un problème de cholestérol (15 %) ou d'autres problèmes de santé. Il est à rappeler que les répondants pouvaient mentionner plus d'un motif. De façon générale, il apparaît qu'environ **150 000 personnes** de 15 ans et plus désirent maigrir en Mauricie et au Centre-du-Québec. Là dessus, **approximativement 138 000** veulent améliorer leur apparence et **environ 114 000** désirent, aussi, être en meilleure santé. Rappelons que ces derniers chiffres ne sont pas mutuellement exclusifs, une même personne pouvant mentionner plus d'une raison.

Tableau 8.4

Raisons invoquées pour maigrir selon le sexe, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Sexes réunis		Hommes		Femmes	
	%	IC	%	IC	%	IC
Etre en meilleure santé	70,9	65,8 – 76,0	78,2	69,9 – 85,1	65,9	59,0 – 72,8
Traiter un problème d'hypertension	12,6*	9,1 – 16,9	13,7*	8,2 – 21,1	11,9*	7,6 – 17,5
Traiter un problème de cholestérol	15,1	11,3 – 19,6	18,9*	12,5 – 26,9	12,4*	8,0 – 18,1
Traiter un problème de diabète	6,1*	3,7 – 9,4	10,3**	5,6 – 17,1	3,2**	1,2 – 7,0
Améliorer l'apparence	85,9	81,5 – 89,6	79,3	71,1 – 86,0	90,5	85,3 – 94,3
Autre raison	11,0*	7,4 – 15,4	12,3**	6,8 – 20,0	9,9*	5,6 – 16,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les différences selon le sexe observées en région, malgré des écarts non significatifs, suivent la tendance du Québec où l'on observe des différences significatives, notamment, pour les raisons « être en meilleure santé » et « traiter un problème de diabète » qui son plus fréquemment avancées par les hommes et la raison « améliorer l'apparence » plus souvent mentionnée par les femmes. Par ailleurs, les femmes de la Mauricie et de Centre-du-Québec évoquent en plus grande proportion l'amélioration de l'apparence (91 %) au fait d'être en meilleure santé (66 %) comme premières raisons alors que ces proportions demeurent similaires chez les hommes (79 % et 78 %).

Conclusion

Les gens de notre région ne se distinguent pas du Québec quant au poids corporel. Près de trois personnes de 15 ans et plus sur cinq présentent un excès de poids surtout du fait de la situation prévalant chez les hommes et les plus âgés (45 ans et plus). Il est à noter qu'à peine un quart des personnes âgées présentent un poids santé. Plus de personnes présentent un excès de poids en 1998 qu'en 1987, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes que pour l'ensemble des 25 ans et plus. La situation s'est aussi détériorée entre 1992-1993 et 1998. La présence de poids corporel problématique est associée au revenu du ménage (le poids santé étant plus répandu dans la catégorie de revenu la plus élevée que dans la catégorie disposant de plus faibles revenus) et à une plus faible scolarité.

Si peu de gens veulent gagner du poids, d'importantes tranches de la population veulent soit diminuer leur poids (deux personnes sur cinq) ou le maintenir (près de trois personnes sur cinq).

Toutefois, plus de gens en région souhaitent maintenir leur poids que l'ensemble des Québécois (58 % c. 51 %).

Le désir de perdre du poids est plus répandu chez les femmes, les 25-64 ans et il est fortement lié à la déclaration d'un surpoids, toutefois, près d'une personne sur trois avec un poids santé désire, tout de même, maigrir. Par ailleurs, les principales raisons invoquées pour perdre du poids demeurent les considérations esthétiques.

CHAPITRE 9

COMPORTEMENTS SEXUELS ET UTILISATION DU CONDOM

SYLVIE BERNIER ET BARBARA SÉRANDOUR

Introduction

Le présent chapitre aborde un thème qui n'était pas traité dans les enquêtes antérieures. Certains aspects de comportements sexuels tels que l'âge à la première relation, le nombre et le type de partenaires et l'utilisation du condom y sont traités. La *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) vise à travers ses orientations à améliorer les connaissances sur les comportements sexuels. Également, les priorités nationales de santé publique : 1997-2002, proposent notamment la mise sur pied de programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. À cet effet, l'*Enquête sociale et de santé 1998* contribue à mieux comprendre l'influence de certains déterminants sur les comportements sexuels. Elle permet, en outre, de poursuivre la surveillance comportementale dans la population générale québécoise avec un regard plus approfondi sur les personnes hétérosexuelles.

L'objectif du présent chapitre est de décrire certains aspects des comportements sexuels reliés au risque de transmission de MTS et du VIH dans la population hétérosexuelle de 15 ans et plus de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La plupart des analyses portent sur les personnes qui ont déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration, du fait que celles qui n'ont jamais eu de relations sexuelles avec pénétration ont généralement été beaucoup moins exposées au risque d'infection par voie sexuelle au VIH ou à d'autres MTS. Dans un premier temps, le chapitre présente l'activité sexuelle de la population générale de 15 ans et plus, sans égard à l'orientation sexuelle, pour ce qui est de l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration. Dans un deuxième temps, mais cette fois-ci uniquement chez la population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, il décrit les autres variables à l'étude, soit le nombre et le type de partenaires au cours d'une période de 12 mois, le type de relation entretenue avec le partenaire et l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle.

9.1 Aspects méthodologiques

9.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées pour ce chapitre sont issues du questionnaire autoadministré (QAA) 203 à 220. Elles touchent le fait d'avoir déjà eu ou non des relations sexuelles, avec pénétration ou non, l'orientation sexuelle et l'âge à la première relation avec pénétration sans égard à l'orientation sexuelle. Particulièrement, les questions 207 à 219 portent sur le nombre de partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s), l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle pour la population hétérosexuelle.

Un indice de comportement sexuel à risque a été construit à partir de l'information sur le nombre de partenaires, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) et l'utilisation du condom. Les comportements sexuels des personnes qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête sont classés à risque pour la transmission des MTS et du VIH/sida lorsque les répondants ont déclaré ne pas avoir systématiquement utilisé un condom avec l'ensemble de leurs partenaires (à l'exception des personnes qui ont déclaré un partenaire régulier cohabitant, avec qui elles n'ont pas toujours utilisé un condom, mais qui l'ont systématiquement utilisé avec le ou les autres partenaires). Les résultats de cet indice au niveau régional n'ont pu être analysés à cause des trop petits effectifs mais quelques faits saillants de l'analyse provinciale ont été rapportés.

9.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour l'ensemble des questions, à l'exception des questions 211 (10 %), 214 (10 %) et 217 (11 %) du QAA, posées aux personnes qui ont déclaré plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Aussi, concernant cette catégorie d'individus, celle-ci ne permet pas de distinguer entre les personnes ayant eu deux partenaires ou plus en même temps ou un partenaire à la fois, mais plusieurs partenaires dans la même période de 12 mois. Le rapport provincial donne plus de détails sur la portée et les limites des données de ce chapitre.

9.2 Résultats

Dans l'ensemble, 93 % des personnes de 15 ans et plus en Mauricie et au Centre-du-Québec déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles.

Parmi ces personnes, 98 % peuvent être considérées comme hétérosexuelles puisqu'elles rapportent avoir toujours des relations sexuelles avec une personne de l'autre sexe. Aucune différence n'est observée selon le sexe du répondant : 98 % [95,1 – 98,9] des hommes et 99 % [97,3 – 99,8] des femmes déclarent avoir des relations sexuelles hétérosexuelles.

Par ailleurs, parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, peu importe l'orientation sexuelle, 98 % [96,2 – 98,7] déclarent en avoir eu avec pénétration. Les jeunes de 15 à 24 ans sont légèrement moins nombreux à rapporter des relations sexuelles avec pénétration que les 25 ans et plus (92 % [84,7 – 96,5] c. 99 % [97,3 – 99,4]). D'autre part, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter une relation sexuelle avec pénétration (100 % [98,0 – 100,0] c. 96 % [93,0 – 97,7]) (données non présentées).

9.2.1 Âge à la première relation sexuelle avec pénétration

Les résultats de cette section sont donnés ici à titre indicatif seulement puisque les coefficients de variation sont élevés, cependant, les données régionales vont dans le même sens que celles de l'ensemble de la province. Pour environ 6 % de la population âgée de 15 ans et plus, la première

relation sexuelle avec pénétration a eu lieu avant l'âge de 15 ans. La proportion de la population ayant eu une première relation sexuelle avec pénétration varie selon l'âge (tableau 9.1) et survient de plus en plus jeune. Alors que, pour les 50 ans et plus, avoir eu une première relation sexuelle avec pénétration avant 15 ans était plutôt rare, touchant environ 2 %** [0,4 – 6,2] d'individus, pour les générations les plus jeunes (15-19 ans et 20-29), cette situation touche près d'une personne sur cinq (16 %**).

Tableau 9.1

Personnes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Groupe d'âge	%	IC
15-19 ans	16,3**	8,9 – 26,6
20-29 ans	16,2*	9,3 – 25,4
30-39 ans	6,8**	3,3 – 12,2
40-49 ans	2,1**	0,4 – 6,2
50 ans et plus	1,6**	0,4 – 4,1
Total	**6,4**	**4,7 – 8,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le reste du chapitre touche la population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

9.2.2 Nombre de partenaires au cours d'une période de 12 mois

Parmi la population hétérosexuelle de plus de 15 ans ayant eu des relations sexuelles avec pénétration, la majorité rapporte n'avoir eu qu'un(e) seul(e) partenaire au cours de l'année précédant l'enquête (tableau 9.2). En effet, 73 % de ces répondants ont eu un seul partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 9 % en ont eu plus d'un et 18 % n'ont eu aucun partenaire. Les 15-19 ans et les 20-29 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à déclarer avoir eu plus d'un partenaire sexuel (coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence). Cette tendance est semblable au Québec même si elle n'atteint pas le seuil de signification statistique dû aux petits effectifs en cause. Malgré le fait que les données régionales ne montrent pas de différences selon le sexe (9 %), les données provinciales indiquent que les hommes sont légèrement plus nombreux à rapporter plus d'un partenaire que les femmes.

Tableau 9.2

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus[1], Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Aucun partenaire		Un partenaire		Plus d'un partenaire	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	16,5	12,4 – 21,2	74,3	69,3 – 79,3	9,2*	6,2 – 13,1
Femmes	19,9	5,6 – 24,8	71,0	65,9 – 76,0	9,2*	6,2 – 12,9
Sexes réunis						
15-19 ans	9,0**	2,1 – 23,1	60,0	42,6 – 75,7	31,0*	16,9 – 48,3
20-29 ans	4,9**	1,4 – 11,9	74,5	63,9 – 83,4	20,6*	12,6 – 30,8
30-39 ans	4,6**	1,8 – 9,4	84,7	77,7 – 90,1	10,8*	6,1 – 17,1
40-49 ans	12,0*	7,1 – 18,6	84,2	77,1 – 89,8	3,8**	1,3 – 8,4
50 ans et plus	39,0	32,3 – 45,7	57,8	51,1 – 64,6	3,2**	1,2 – 6,6
Total	**18,2**	**15,1 – 21,3**	**72,6**	**69,0 – 76,2**	**9,2**	**7,0 – 11,8**

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; données imprécises fournies à titre indicatif.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

9.2.3 Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s)

Près de 85 % des personnes ayant eu un seul partenaire au cours de l'année précédant l'enquête disent cohabiter avec ce partenaire (tableau 9.3). Dans 13 % des cas, le partenaire régulier ne cohabite pas avec le répondant et dans 2 %** des cas, il s'agit d'un partenaire occasionnel. Parmi les personnes ayant plus d'un partenaire, 44 %* ont eu un partenaire régulier avec qui elles cohabitaient et 50 % ont eu un partenaire avec qui elles ne cohabitaient pas. Enfin, 5 %** d'entre elles ont eu un partenaire occasionnel.

Tableau 9.3

Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) parmi les personnes ayant eu un seul partenaire et celles ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus[1], Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit		Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas		Partenaire occasionnel	
	%	IC	%	IC	%	IC
Un seul partenaire	84,5	80,8 – 87,8	13,3	10,3 – 16,9	2,2**	1,0 – 4,0
Plus d'un partenaire	44,0*	29,8 – 59,0	50,3	35,8 – 65,2	5,4**	1,0 – 16,0

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15% et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation plus grand que 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

9.2.4 Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle

Les données touchant l'utilisation du condom, parmi les personnes ayant eu un seul partenaire au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, montrent que pour celles qui cohabitent avec un partenaire régulier, près de 94 % d'entre elles n'ont pas utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle. De même, 70 % de celles qui ont un partenaire régulier mais qui ne cohabitent pas, n'ont pas utilisé le condom. Finalement, 46 %** (estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement) des individus ayant eu un seul partenaire occasionnel n'ont pas utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle.

Tableau 9.4

Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec le partenaire, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois[1], Mauricie et Centre-du-Québec,1998

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit		Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas		Partenaire occasionnel	
	%	IC	%	IC	%	IC
Oui	6,4*	4,2 – 9,4	29,7*	18,5 – 43,1	54,4**	21,3 – 84,8
Non	93,6	90,6 – 95,8	70,3	56,9 – 81,5	45,6**	15,2 – 78,7

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.
* Coefficient de variation entre 15% et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation plus grand que 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Pour ce qui est de l'utilisation du condom chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, l'échantillon régional ne permet pas une analyse suffisante.

Conclusion

Près de 93 % des personnes âgées de 15 ans et plus de la région déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles et 98 % de ces personnes sont considérées comme hétérosexuelles. Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, près de 98 % déclarent avoir eu des relations avec pénétration et ce, sans égard à l'orientation sexuelle. Les jeunes de 15-24 sont moins nombreux à rapporter avoir déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. L'âge à la première relation avec pénétration surviendrait à un âge de plus en plus jeune.

La majorité des répondants hétérosexuels n'ont eu qu'un seul partenaire au cours des douze mois précédant l'enquête et 9 % en ont eu plus d'un. Les moins de 30 ans sont ceux qui déclarent plus fréquemment avoir eu plus d'un partenaire sexuel. Pour les personnes disant n'avoir eu qu'un seul partenaire durant l'année précédant l'enquête, 85 % cohabitait avec celui-ci tandis qu'il est plus fréquent pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire d'avoir un partenaire régulier mais de ne pas demeurer avec celui-ci (50%).

Finalement, pour ce qui est de l'usage du condom, l'échantillon régional ne permet pas une analyse satisfaisante de données mais réussit à montrer quand même des tendances semblables au Québec et qui posent interrogation. Rappelons seulement que le rapport provincial soulève le fait que près de 60 % des personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de douze mois ont eu au moins un comportement à risque, c'est-à-dire que ces personnes ont été classées à risque pour la transmission des MTS ou du VIH/sida. Toujours selon les données provinciales, il semble également se dessiner une tendance (non statistiquement significative) que proportionnellement plus de femmes ont eu un tel comportement à risque comparativement aux hommes (63 % c. 55 %). Le lecteur intéressé à ce sujet peut consulter le rapport provincial de l'enquête pour plus de détails.

CHAPITRE 10
ORIENTATION SEXUELLE ET SANTÉ

Introduction

Ce chapitre de l'*Enquête sociale et de santé 1998* n'a pas fait l'objet d'analyses régionales les prévalences étant trop faibles. De plus, même à l'échelle du Québec, l'échantillon total ne permet pas toujours d'effectuer des analyses poussées ou des croisements avec des variables de base comme l'âge ou la provenance géographique.

Le premier objectif de ce chapitre est d'estimer la prévalence des personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles dans la population québécoise de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles. Le second objectif est d'établir des comparaisons entre ces trois groupes de personnes selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, zone de résidence, état matrimonial de fait, situation de vie, niveau de revenu) et quelques comportements liés à la santé (usage de la cigarette, consommation d'alcool, perception de l'état de santé, temps écoulé depuis le dernier test de PAP), au bien-être (détresse psychologique, idées suicidaires, parasuicides, soutien social) et à la sexualité (nombre de partenaires sexuels).

La conclusion du chapitre provincial présente la synthèse des résultats obtenus. Cette conclusion est rapportée intégralement dans le présent rapport régional pour le lecteur qui voudrait avoir une idée rapide de ces principaux résultats inédits. Pour la version complète du chapitre, veuillez vous référer au rapport général de l'enquête : CLERMON, M et Y. LACOUTURE (2000). « Orientation sexuelle et santé » dans Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 10.

Conclusion

Synthèse et piste de recherche

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, à l'instar d'autres études probabilistes, estiment la proportion des personnes homosexuelles et bisexuelles à environ 3 % de la population québécoise. La proportion des femmes déclarant avoir des relations sexuelles seulement avec des femmes est d'environ 1,2 % tandis que près de 1,8 % des hommes disent avoir des relations sexuelles uniquement avec des hommes. La bisexualité paraît aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes, soit autour de 1,2 %. Il faut souligner que ces pourcentages sont obtenus à partir d'une question portant uniquement sur les comportements sexuels et qu'ils ne prennent pas en compte les désirs ni les identités homosexuelles ou bisexuelles.

Certaines caractéristiques sociodémographiques distinguent la population hétérosexuelle des populations homosexuelles et bisexuelles. L'enquête laisse voir une tendance connue selon laquelle une proportion plus grande de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules. Par rapport à la population hétérosexuelle, malgré une proportion plus grande d'hommes homosexuels bénéficiant d'un revenu supérieur, on retrouve des proportions légèrement plus élevées de personnes homosexuelles et bisexuelles dans la catégorie des très pauvres, un résultat qui, allant à l'encontre de plusieurs écrits sur la réalité économique des personnes homosexuelles, nous amène à relativiser l'image véhiculée d'une plus grande aisance financière des gais et lesbiennes.

Concernant l'usage de la cigarette, la population bisexuelle fume en plus grande proportion que la population hétérosexuelle, une tendance semblable s'établissant chez les homosexuels. Par ailleurs, ces populations ne se distinguent pas clairement quant à la consommation d'alcool, à l'exception des femmes bisexuelles, nettement plus nombreuses, en proportion, à rapporter s'être enivrées plus de cinq fois au cours d'une période d'un an. Ces résultats vont dans le même sens que les études qui, tout en indiquant qu'il n'y a globalement pas de problème particulier de consommation d'alcool chez les personnes homosexuelles, suggèrent que les femmes bisexuelles auraient une propension plus grande à s'enivrer. Par ailleurs, une proportion plus grande d'hommes homosexuels et bisexuels a eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois. Chez les femmes, les personnes bisexuelles semblent plus nombreuses à avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la même période.

Chez les personnes homosexuelles et bisexuelles, qui ont tendance à vivre plus souvent seules, le soutien social semble également plus faible que dans le reste de la population, et ce, particulièrement pour les hommes bisexuels, chez lesquels on compte une proportion plus élevée d'hommes n'ayant aucune personne pouvant les aider au besoin. Les idées suicidaires sont proportionnellement plus fréquentes chez les personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle. Les résultats tendent également à démontrer un taux plus élevé de parasuicides chez les bisexuels.

Les hommes homosexuels et bisexuels ont aussi tendance à se percevoir en moins bon état de santé que les autres. La situation des femmes homosexuelles est quelque peu différente. Chez elles, la perception de l'état de santé n'est pas significativement liée à l'orientation sexuelle, pas plus que le nombre de personnes pouvant les aider au besoin. Par ailleurs, les femmes homosexuelles et bisexuelles ont nettement moins fréquemment recours au test de PAP.

Les femmes bisexuelles se distinguent en se situant à un niveau supérieur de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social.

Les résultats de l'enquête montrent plusieurs difficultés : isolement, idées suicidaires, parasuicides, détresse psychologique. Ces données justifient de pousser plus avant l'étude de la relation entre l'orientation sexuelle et l'état de santé en allant bien au-delà des comportements sexuels. Chez les hommes homosexuels, on constate un soutien social plus faible et l'absence plus fréquente de personnes pouvant les aider au besoin, des indicateurs méritant des études plus approfondies.

L'intégration sociale est reconnue comme un facteur de protection de la santé et de bien-être ; nous devons par conséquent mieux connaître les réseaux sociaux des personnes homosexuelles et bisexuelles. La recherche devrait également pousser plus loin les connaissances sur la construction d'une identité positive de la population homosexuelle et bisexuelle. On doit améliorer nos connaissances et processus d'intégration de l'orientation homosexuelle chez les personnes qui se sont bien adaptées à cette réalité. Ces résultats soulèvent de nombreuses questions. Malgré une société plus ouverte face à l'homosexualité et à la bisexualité, quels sont les stress particuliers et les événements reliés au processus d'actualisation et l'homosexualité ou de la bisexualité? Ce processus varie-t-il selon l'âge? Selon le milieu urbain, rural ou selon le statut socioéconomique? Comment prendre en compte l'orientation sexuelle dans les interventions auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles qui font plus souvent des tentatives de suicide? De même, le recours aux services préventifs des femmes homosexuelles et bisexuelles et la situation plus difficile des femmes bisexuelles méritent un examen attentif. Il faut aussi s'interroger sur la façon dont ces connaissances peuvent être intégrées à la formation et à la pratique des intervenants. Finalement, des analyses plus poussées du lien entre pauvreté et homosexualité devraient être entreprises afin de mieux identifier les groupes les plus vulnérables.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* viennent fournir une assise pour identifier les priorités d'intervention au Québec et suggérer des pistes plus solides de recherche qui doivent tenir compte des spécificités des hommes et des femmes vivant l'homosexualité et la bisexualité. Ces résultats apportent aux concepteurs de politiques sectorielles – particulièrement celles concernées par le suicide et la santé mentale – des données qui justifient d'accorder à la clientèle des personnes homosexuelles et bisexuelles plus d'attention, en prenant en considération ses problèmes d'adaptation et de santé. Il faut constater la nécessité de poursuivre la mise en œuvre des orientations ministérielles pour adapter les services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles.

CHAPITRE 11

DIVERS COMPORTEMENTS DE SANTÉ PROPRES AUX FEMMES

SYLVIE BERNIER

Introduction

Les données de l'enquête permettent d'estimer la fréquence de certains comportements préventifs en regard du cancer et l'utilisation de médicaments à teneur hormonale. Les cancers du sein et du poumon sont les deux cancers qui entraînent chez les femmes, le plus de décès chaque année. Le cancer fait partie des 19 problèmes prioritaires de la *Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992)*. Il fait également partie des *Priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997)*. Un programme national de lutte contre le cancer est en implantation et contient des recommandations sur le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus.

Les femmes sont susceptibles d'utiliser des hormones à diverses fins : éviter une grossesse, résoudre certains problèmes gynécologiques ou de fertilité, prévenir ou traiter des problèmes reliés à la ménopause. Il existe peu d'études dans la population adulte sur l'utilisation des contraceptifs oraux. De plus, le taux de grossesse à l'adolescence et les problèmes reliés aux conditions de vie des jeunes mères font l'objet de préoccupations qui sont exposées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) et dans les *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997). D'autre part, l'augmentation du nombre de femmes âgées de 50 ans et plus confère un intérêt grandissant aux questions entourant la ménopause et les effets de l'hormonothérapie substitutive sur l'état de santé des femmes et l'espérance de vie. L'*Enquête sociale et de santé* constitue la principale source de données permettant d'observer l'évolution de l'utilisation des contraceptifs oraux et de l'hormonothérapie substitutive chez les Québécoises.

11.1 Aspects méthodologiques

11.1.1 Indicateurs

Les informations de ce chapitre sont issues des réponses aux questions 184 à 193 du questionnaire autoadministré. L'enquête fournit des renseignements sur la fréquence du recours à l'auto-examen des seins, le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins, la dernière mammographie et le test de Pap. La fréquence de consommation de contraceptifs oraux et d'hormones de substitution est également mesurée parmi les résidentes de 15 ans et plus de la région.

11.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Au sujet de la prévention du cancer, les groupes d'âges ont été déterminés en fonction des recommandations concernant les mesures de dépistage et des possibilités de l'échantillon régional.

Le libellé des questions relatives aux mesures préventives du cancer du sein et du col de l'utérus est demeuré le même depuis 1987, mais les questions n'ont pas été posées en 1992-1993.

Le libellé de la question 190 portant sur les contraceptifs oraux est demeuré le même que pour les enquêtes précédentes. Deux questions portant sur la consommation d'hormones (QAA191 et QAA192) remplacent l'unique question posée lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

11.1.3 Portée et limites des données

La question sur la mammographie ne permet pas de distinguer entre la mammographie de dépistage et la mammographie diagnostique. On ne peut ainsi utiliser ces informations pour estimer la proportion de femmes ayant eu un examen de dépistage. Cependant, si on considère l'évolution de cette donnée dans le temps, elle peut quand même être considérée comme un indice de changement dans la pratique de la mammographie de dépistage.

D'autre part, les catégories de réponse de la question sur le test de PAP ne permettent pas d'étudier la pratique du test en regard des dernières lignes directrices canadiennes qui recommandent le dépistage du cancer du col par le test de PAP à tous les trois ans.

Le chapitre 11 du rapport provincial peut être consulté pour plus d'information sur les aspects méthodologiques.

11.2 Résultats

Ce chapitre présente la fréquence des différents comportements décrits précédemment, ainsi que les liens avec certaines variables sociodémographiques telles : l'âge, la scolarité relative, le niveau de revenu du ménage. Une comparaison avec les observations des enquêtes antérieures est également présentée.

11.2.1 Auto-examen des seins

En 1998, près de la moitié (48 %) des femmes de 15 ans et plus de la région pratiquent l'auto-examen des seins une fois aux deux ou trois mois ou plus souvent ce qui **représente environ 90 000 femmes** (tableau 11.1). Ainsi, environ 29 % des femmes pratiquent l'auto-examen des seins chaque mois et 19 % le font une fois aux 2-3 mois. Par contre, 29 % ne le font jamais. Les femmes de 40 ans et plus semblent plus assidues à ce moyen de prévention que les femmes plus jeunes. Ce résultat est constaté au niveau provincial mais n'atteint pas la signification statistique pour notre région. Il n'y a pas eu d'évolution dans la fréquence de la pratique de l'auto-examen des seins depuis les enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

Tableau 11.1

Fréquence de l'auto-examen des seins selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Fréquence de l'AES	15 – 39 ans		40 – 49 ans		50 ans et plus		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Au moins une fois par mois	23,0*	16,5 – 30,6	38,9	27,8 – 51,0	31,3	23,4 – 39,2	29,4	24,7 – 34,1
Une fois aux deux ou trois mois	17,2*	11,5 – 24,2	22,4*	13,5 – 33,6	18,3*	12,1 – 25,8	18,6	14,8 – 23,1
Moins souvent qu'une fois tous les deux ou trois mois	25,0	18,3 – 32,7	20,3*	11,9 – 31,3	21,5*	14,9 – 29,4	22,7	18,4 – 27,1
Jamais	34,9	27,2 – 42,5	18,3*	10,3 – 29,1	29,0	21,5 – 37,4	29,3	24,5 – 34,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le niveau de revenu influence la pratique de l'auto-examen des seins. On observe cette tendance, non statistiquement significative au niveau régional, surtout pour les catégories pauvres et très pauvres où la proportion de femmes qui examinent leurs seins au moins une fois par mois est d'environ 23 % [14,3 – 34,1] comparativement à 30 % [22,0 – 38,7] chez les femmes vivant dans un ménage ayant un revenu moyen supérieur et supérieur (données non présentées).

11.2.2 Examen clinique des seins

Selon l'enquête, 43 % des femmes de la région ont eu un examen des seins par un professionnel au cours des 12 mois précédant l'enquête tandis que 17 % n'ont jamais passé cet examen au cours de leur vie (tableau 11.2) soit **environ 79 000 et 32 000 femmes de 15 ans et plus.**

L'analyse des données selon l'âge fait ressortir que les femmes de 15-39 ans et celles de 50 ans et plus présentent des proportions semblables, soit 45 % ayant subi un examen clinique des seins au cours des 12 derniers mois. Il y a une proportion plus élevée chez les 15-39 ans qui n'ont jamais passé cet examen comparativement aux femmes de 50 ans et plus.

Tableau 11.2

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Dernier examen clinique des seins	15-39 ans		40-49 ans		50 ans et plus		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Moins d'un an	45,1	37,1 – 53,0	32,6*	22,1 – 44,5	45,8	37,3 – 54,2	42,7	37,6 – 47,9
Un à deux ans	18,9*	12,9 – 26,1	27,7*	17,9 – 39,4	17,4*	11,4 – 24,9	20,1	16,0 – 24,3
Plus de deux ans	10,4*	6,0 – 16,5	26,6*	17,0 – 38,2	22,1*	15,4 – 30,1	18,1	14,3 – 22,5
Jamais	24,9	18,2 – 32,7	12,3**	5,8 – 22,0	11,8*	6,8 – 18,5	17,4	13,6 – 21,7
Ne sait pas	0,8**	0,0 – 3,8	0,8**	0,0 – 6,4	3,0**	0,8 – 7,5	1,6**	0,6 – 3,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Depuis la dernière enquête de 1992-1993, on remarque une diminution statistiquement significative dans la région pour la proportion de femmes ayant subi un examen depuis moins d'un an. En effet, en 1998, cette proportion est de 43 % alors qu'elle était de 49 % en 1992-1993 (données non présentées). Au niveau provincial, cette diminution est également remarquée; elle est surtout due aux femmes de moins de 40 ans.

Les résultats régionaux ne montrent pas de lien entre la scolarité relative et le recours à l'examen clinique des seins contrairement aux résultats provinciaux. Selon le revenu, on remarque que les femmes qui vivent dans des ménages ayant un niveau de revenu moyen supérieur et supérieur sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi cet examen depuis moins de 12 mois comparativement aux femmes appartenant à des ménages pauvres et très pauvres (46 % [37,0 – 55,0] c. 38 % [27,1 – 49,8]) (données non présentées). Cette tendance, n'est pas statistiquement significative mais semblable à celle du Québec.

11.2.3 Mammographie

En 1998, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 14 % [10,9 – 18,5] des femmes de 15 ans et plus disent avoir passé une mammographie depuis moins d'un an **(approximativement 27 000)** et 12 % [8,8 – 15,8] entre un et deux ans **(approximativement 22 000)** (données non présentées). Le recours à la mammographie prend de l'importance surtout à partir de 40 ans. Ainsi dans le groupe des 40-49 ans, près de 20 % des femmes ont passé une mammographie depuis deux ans et moins alors que, chez les femmes de 50 ans et plus, cette proportion atteint 56 %.

Tableau 11.3

Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Dernière mammographie	15-39 ans		40-49 ans		50 ans et plus		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Deux ans et moins	3,0**	0,1 – 7,2	19,4*	11,1 – 30,4	56,2	47,8 – 64,6	26,4	21,8 – 31,0
Plus de deux ans	8,7**	4,7 – 14,4	23,0*	14,0 – 34,3	20,1*	13,7 – 27,9	15,9	12,3 – 20,2
Jamais	88,0	81,8 – 92,8	53,3	41,8 – 64,7	21,8*	15,2 – 29,8	56,0	50,9 – 61,2
Ne sait pas	0,2**	0,0 – 2,8	4,3**	1,0 – 11,8	1,9**	0,3 – 5,9	1,7*	0,6 – 3,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Il ne semble pas y avoir de liens entre la scolarité relative et le recours à la mammographie. Cependant, contrairement au niveau provincial, on ne retrouve pas de lien entre le revenu et le recours à la mammographie.

D'autre part, la proportion de femmes ayant passé une mammographie depuis deux ans et moins augmente graduellement dans le temps passant de 9 % en 1987 à 26 % en 1998 (données non présentées). Cette augmentation est statistiquement significative dans notre région comme au Québec d'ailleurs.

11.2.4 Test de PAP

En 1998, 37 % des femmes de 15 ans et plus ont passé un test de PAP au cours de la dernière année tandis que 13 % affirment n'avoir jamais passé ce test soit **approximativement 68 000 et 24 000 femmes** (tableau 11.4). Les femmes plus jeunes sont plus susceptibles d'avoir passé ce test que leur aînées. En effet, la moitié (50 %) des 15-39 ans ont passé le test de PAP au cours de la dernière année tandis que seulement le quart (26 %) des femmes de 50 ans et plus l'ont passé. Il n'y a pas eu de changement entre 1987 et 1998.

Tableau 11.4

Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Temps écoulé	15-39 ans		40-49 ans		50 ans et plus		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Moins d'un an	50,0	42,0 – 58,1	30,6*	20,4 – 42,5	25,7	18,4 – 34,1	37,0	32,0 – 42,1
Un à deux ans	19,5*	13,5 – 26,8	25,3*	15,9 – 36,9	21,5*	14,8 – 29,6	21,5	17,2 – 25,8
Plus de deux ans	8,3**	4,5 – 14,0	37,5*	26,5 – 49,6	29,0	21,4 – 37,5	22,0	17,7 – 26,3
Jamais	18,7*	12,8 – 25,8	3,6**	0,6 – 10,8	12,2*	7,1 – 19,1	13,1	9,8 – 17,1
Ne sait pas	3,5**	1,2 – 7,8	2,9**	0,4 – 9,8	11,7*	6,7 – 18,5	6,4*	4,1 – 9,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On remarque que les femmes moins scolarisées ont passé en plus faible proportion un test de PAP depuis moins d'un an comparativement à celles ayant un niveau de scolarité plus élevé (36 % [28,3 – 42,8] c. 38 % [31,1 – 45,3]) (données non présentées). Sans être significatifs, ces résultats vont dans le sens des résultats provinciaux. Aussi, les femmes demeurant dans un ménage à revenu de niveau, très pauvre ou pauvre, ou de niveau moyen inférieur sont proportionnellement moins nombreuses à avoir eu recours au test de PAP au cours de la dernière année comparativement à celles où le revenu est de niveau moyen supérieur ou supérieur (34 % [23,0 – 45,3], 33 % [24,2 – 41,6], 43 % [34,2 – 52,2]) (données non présentées). Cette tendance observée n'atteint pas le seuil de signification statistique avec les données régionales mais est semblable à l'observation provinciale.

11.2.5 Consommation de médicaments à teneur hormonale

Pour cette section, les prévalences régionales ne permettent pas de croisement selon la scolarité et le revenu.

Contraceptifs oraux

Parmi les femmes de 15-44 ans, sexuellement actives ou non, on retrouve 23 % d'utilisatrices de contraceptifs oraux. Cette proportion est nettement plus élevée chez les 15-24 ans où elle se situe à 47 % comparativement à 12 %* chez les 25-44 ans. Il n'y a pas eu de changement significatif depuis les enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

Tableau 11.5

Utilisation de contraceptifs oraux selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Groupe d'âge	%	IC
15-24 ans	46,5	34,1 – 58,9
25-44 ans	12,2*	7,1 – 19,1
Total	**23,4**	**17,6 – 30,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Hormones à la ménopause

Les résultats présentés ici touchent la prise d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause et aussi pour d'autres raisons. Notons que les données provinciales révèlent que seulement 3 % des femmes de 15 ans et plus ont répondu utiliser des hormones pour des raisons autres que les symptômes liés à la ménopause.

Environ 13 % des femmes âgées de 15 ans et plus de la région ont recours à l'utilisation d'hormones soit **environ 24 000 femmes**. Ce recours est plus fréquent chez les femmes de 45-64 ans (31 %). Il y a une augmentation statistiquement significative du recours à l'hormonothérapie depuis 1987 alors qu'il n'y avait que 6 %* d'utilisatrices (données non présentées).

Tableau 11.6

Consommation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour toute autre raison selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Groupe d'âge	%	IC
15-44 ans	1,4**	0,3 – 4,3
45-64 ans	31,1	22,5 – 39,8
65 ans et plus	16,1**	7,3 – 28,9
Total	**12,8**	**9,5 – 16,7**

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Près de la moitié des femmes de 15 ans et plus de la région pratiquent l'auto-examen des seins aux deux ou trois mois ou plus souvent. Depuis 1987, il n'y a pas eu d'augmentation de la proportion de femmes qui pratiquent l'auto-examen des seins. Un peu moins de la moitié des femmes de la région ont subi un examen clinique des seins au cours des 12 mois précédant l'enquête. Depuis l'enquête de 1992-1993, on observe une légère diminution des femmes ayant subi un examen clinique des seins depuis moins d'un an. D'autre part, on remarque une augmentation importante du recours à la mammographie depuis les dernières enquêtes. Chez les femmes de 50 ans et plus, environ 56 % ont subi une mammographie depuis deux ans ou moins. Malheureusement les données ne permettent pas de différencier les mammographies de dépistage et de diagnostic. La moitié des femmes de 15-39 ans ont passé un test de PAP durant la dernière année. Cette proportion est semblable à celle des deux enquêtes précédentes.

Un peu moins de la moitié des femmes de 15-24 ans utilisent des contraceptifs oraux. La proportion d'utilisatrices est sensiblement la même depuis les enquêtes de 1987 et de 1992-1993. D'autre part, comme on pouvait s'y attendre, ce sont les femmes de 45-64 ans qui recourent le plus souvent à l'hormonothérapie où l'on retrouve plus de 30 % d'utilisatrices. Ce phénomène est en augmentation depuis l'enquête de 1987.

Les données de ce chapitre fournissent des renseignements qui peuvent êtres utiles dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Elles fournissent des pistes sur l'ampleur du recours à la contraception par contraceptifs oraux dans un objectif de prévention des grossesses non désirées. Elles apportent également un éclairage nouveau sur la prise d'hormonothérapie substitutive.

CHAPITRE 12
PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

RÉAL BOISVERT

Introduction

La perception de l'état de santé est bon indicateur de l'état de santé réel. Cette donnée est liée de très près à la morbidité diagnostiquée grâce à des examens cliniques, à des revues de dossiers médicaux ou à partir du point de vue du médecin de famille[4]. La perception de l'état de santé s'avère être en outre un puissant prédicteur de la mortalité. On rapporte, entre autres, que chez les personnes âgées du Manitoba, le risque relatif de décès sur trois ans pour les personnes se disant en mauvaise santé était trois fois supérieur à celui des personnes qui estimaient leur santé excellente[5].

12.1 Aspects méthodologiques

12.1.1 Indicateurs

La perception de l'état de santé est recueillie à l'aide de la question 1 du QAA *« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise ? »*. Plusieurs études consacrées à cet indicateur ont démontré que la perception de l'état de santé est reliée à des variables démographiques et socioéconomiques comme l'âge, le revenu et la scolarité. Selon les mêmes sources, la perception de l'état de santé serait en lien également avec les comportements individuels, le milieu social, l'utilisation des services de santé et la consommation de médicaments

Contrairement aux questions portant sur la consommation d'alcool ou de drogue, ou celles cherchant à documenter la vie sexuelle des personnes, la perception sur l'état de santé est moins sensible à des biais de sous-estimation ou de surestimation. Le phénomène de la *désirabilité* sociale par exemple, exerce peu d'influence sur cette variable. Il est facile d'admettre en effet que, de la même façon qu'ils le font pour la température, les gens, règle générale, s'expriment franchement et sans trop de retenu sur leur santé globale. Voilà pourquoi, sans doute, les taux de non-réponse à cette question sont relativement bas. Ce qui ajoute à l'intérêt et à la fiabilité de cet indicateur de santé.

[4] Robert Pampalon et al. (1995). *Des indicateurs de besoin pour l'allocation interrégionale des ressources*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, p. 47.

[5] Robert Pampalon, op.cit., p. 48.

12.1.2 Portée et limites des données

Tout aussi performant soit-il, ce même indicateur comporte néanmoins certaines limites, la principale étant que la perception de son état de santé à moyen terme peut être faussée évidemment par des symptômes aigus de nature temporaire.

Pour ce chapitre, la perception de l'état de santé sera examinée d'abord en fonction du sexe et de l'âge de la population de la région et du Québec. Afin de prendre la mesure de l'évolution des choses, des rapprochements seront également faits entre la présente enquête et celle de 1992-1993. Enfin, la perception de l'état de santé sera mise en lien avec certaines variables associées lorsque les valeurs observées se distinguent nettement de celles de l'ensemble du Québec.

12.2 Résultats

12.2.1 Perception de l'état de santé

Un peu plus d'une personne sur cinq, soit 21 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, estime que sa santé est excellente (tableau 12.1). Ce pourcentage représente pour l'ensemble de la région **environ 80 000 individus**. Inversement, près de 3 %* de la population régionale, soit **un peu plus de 10 000 personnes**, trouve que sa santé est mauvaise. Exprimée en deux catégories, la proportion des gens qui sont satisfaits de leur état de santé (perception excellente, très bonne ou bonne) s'élève à 87 % [83,7 – 89,9] tandis que le pourcentage de ceux qui sont insatisfaits (perception moyenne ou mauvais) est de 13 % [10,2 – 15,1].

Tableau 12.1

Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus
Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Perception de sa santé	Région		Québec	
	%	IC	%	IC
Excellente	21,2	18,2 – 24,2	18,1	17,3 – 18,8
Très bonne	34,3	30,9 – 37,8	36,2	35,2 – 37,1
Bonne	31,8	28,4 – 35,2	34,7	33,7 – 35,6
Moyenne	9,8	7,7 – 12,2	9,0	8,4 – 9,5
Mauvaise	2,8*	1,9 – 4,3	2,1	1,8 – 2,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comme le montre le tableau 12.2, si la proportion des personnes qui sont insatisfaites de leur état de santé est comparable pour les hommes et pour les femmes, il n'en va pas de même pour les

différentes catégories d'âge. En effet, la proportion des personnes insatisfaites de leur santé a nettement tendance à s'accroître avec le vieillissement. Bien que les valeurs concernées, en raison d'effectifs plus faibles, sont sujettes à des coefficients de variation assez élevés, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à être insatisfaites de leur état de santé que les plus jeunes. Par exemple, la proportion des 65 ans et plus insatisfaits de leur état de santé (28 %*) est quatre fois plus grande que celle des 15–24 ans (5 %**).

Tableau 12.2

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge
population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Excellente/très bonne		Bonne		Moyenne/mauvaise	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	56,9	51,8 – 62 1	29,7	25,0 – 34,5	13,4	10,0 – 17,3
Femmes	54,2	49,0 – 59,3	33,9	29,0 – 38,8	11,9	8,8 – 15,7
Sexes réunis						
15-24 ans	65,8	57,5 – 74,0	29,3	21,6 – 38,0	4,9**	1,9 – 10,2
25-44 ans	64,4	58,6 – 70,3	29,4	23,8 – 34,9	6,2*	3,6 – 9,9
45-64 ans	49,8	43,2 – 56,4	33,1	26,9 – 39,3	17,1	12,4 – 22,8
65 ans et plus	34,6	25,8 – 43,4	38,0	29,0 – 47,0	27,5*	19,5 – 36,7
Total	**55,5**	**51,9 – 59,2**	**31,8**	**28,4 – 35,2**	**12,6**	**10,2 – 15,1**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

À l'exception de ce qui était observé pour les 45-64 ans entre 1987 et 1992-1993 (tableau 12.3), l'évolution de la perception de l'état de santé est stable en Mauricie et au Centre-du-Québec depuis une dizaine d'années. Que ce soit pour les personnes qui sont globalement satisfaites de leur état de santé ou celles qui en sont insatisfaites, la comparaison des pourcentages de l'enquête de 1998 avec celle de 1987 ou celle de 1992-1993 ne révèle aucune différence significative entre les hommes ou les femmes et entre les différents groupes d'âge de la population.

Tableau 12.3

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998

Sexe et groupe d'âge	Satisfait			Non satisfait		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
Hommes	87,7	90,4	86,6	12,3	9,6	13,4
Femmes	87,6	88,3	88,1	12,4	11,7	11,9
Sexes réunis						
15 – 24 ans	96,1	92,2	95,1	3,9**	7,9*	4,9**
25 – 44 ans	91,2	94,2	93,8	8,8*	5,9*	6,2*
45 – 64 ans	79,1	87,1	82,9	20,9	12,9	17,1
65 ans et plus	80,6	76,5	72,5	19,2*	23,5	27,5
Total	**87,6**	**89,3**	**87,4**	**12,4**	**10,7**	**12,6**

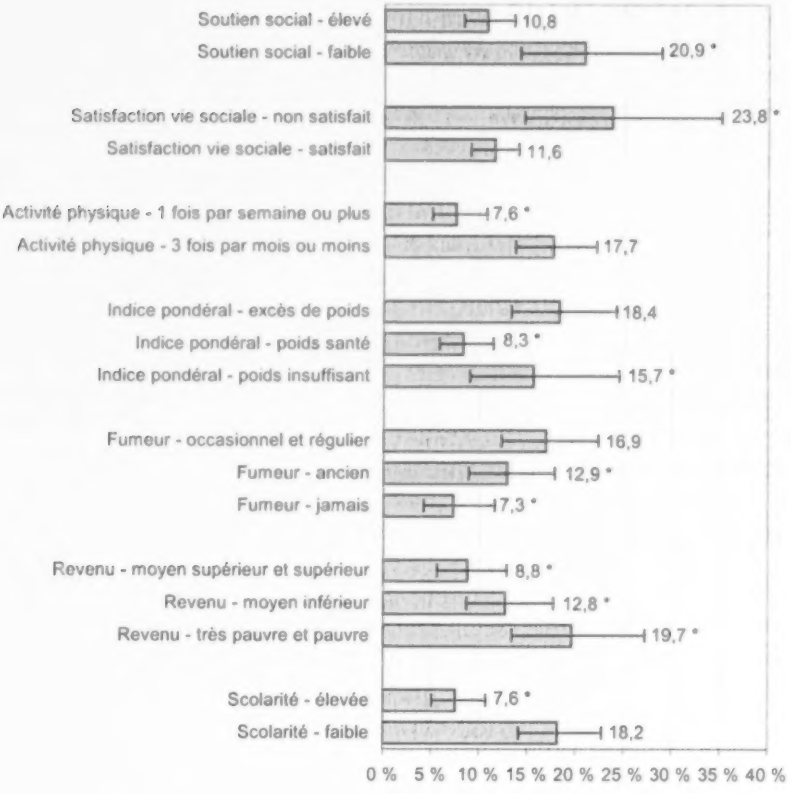
* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

12.2.2. Variations avec certaines caractéristiques socioéconomiques

Comme on peut le constater à la lecture de la figure 12.1 ci-contre, le fait de percevoir sa santé comme étant moyenne ou mauvaise est lié à plusieurs caractéristiques sociosanitaires. Malgré des marges d'erreur assez étendues, il est possible de distinguer un effet de polarisation évident entre les différentes catégories de ces caractéristiques. Plus précisément, les personnes qui ont un faible soutien social (21 %* [14,3 – 29,0] c. 11 % [8,3 – 13,6] chez ceux avec un soutien élevé), qui sont insatisfaites de leur vie sociale (24 %* [14,7 – 35,2] c. 12 % [9,1 – 14,1] pour les satisfaits) qui pratiquent peu d'activités physiques (18 % [13,8 – 22,2] c. 8 %* [5,1 – 10,8] pour les plus actifs), qui ont un excès de poids comparativement à ceux qui ont un poids santé (18 % [13,3 – 24,3] c. 8 %* [5,8 – 11,5]), qui fument (17 % [12,3 – 22,4] c. 7 %* [4,2 – 11,7] pour ceux n'ayant jamais fumé), qui sont pauvres ou très pauvres comparativement au plus fortunés (20 %* [13,4 – 27,3] c. 9 %* [5,7 – 12,9]) et qui ont une faible scolarité (18 % [14,2 – 22,8] c. 8 %* [5,1 – 10,8] pour ceux ayant une scolarité élevée). Dans tous les cas, le pourcentage, qui les oppose aux gens qui sont plus choyés au point de vue des ressources physiques, économiques, sociales ou psychosociales, a tendance à varier du simple au double.

Figure 12.1

Pourcentage des personnes qui estiment que leur santé est moyenne ou mauvaise selon certaines caractéristiques sociales et économiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Par ailleurs, la perception de l'état de santé est associée à certains indicateurs de santé. Ainsi, les personnes qui éprouvent plusieurs problèmes de santé déclarent en plus grande proportion leur état de santé comme étant moyen ou mauvais (25 % [20,2 – 29,8]) que celles en éprouvant aucun ou un seul 3 %** [1,7 – 5,4]. La durée des problèmes de santé contribue aussi à cette perception, puisque seulement 2 %** [0,9 – 4,8] de la population ayant aucun problème de santé ou des problèmes ayant duré moins de 6 mois perçoivent négativement leur santé contre 9 %* [5,2 – 14,2] chez ceux ayant un problème de santé de longue durée et 28 % [22,4 – 33,7] pour la population présentant plus d'un problème de longue durée. De plus, la perception de la santé est associée à la perception de la santé mentale, les personnes insatisfaites de celle-ci considèrent davantage négativement leur état

de santé (45 %* [30,8 – 58,5]) que celles la percevant comme bonne (22 %* [15,4 – 29,4]) ou excellente ou très bonne (7 %* [4,8 – 9,4]). Finalement, les personnes présentant une détresse psychologique élevée déclarent davantage un état de santé moyen ou mauvais que les personnes avec un indice faible (23 %* [16,2 – 31,2]) c. 10 % [7,9 – 13,1]) (données non présentées).

Conclusion

La perception de l'état de santé est relativement stable dans le temps. Selon les trois dernières enquêtes de Santé Québec, le pourcentage des gens qui sont satisfaits de leur état de santé tourne en moyenne autour de 88 % et la contrepartie des personnes qui en sont insatisfaites se situe environ à 12 %. Dit autrement : dans neuf cas sur dix, la population de la région se perçoit en bonne santé et une fois sur dix en mauvaise santé. Ces pourcentages sont les mêmes que ceux que l'on observe pour l'ensemble du Québec. De plus, la perception de l'état de santé ne varie pas selon le sexe.

En revanche, la perception de l'état de santé est sensible à l'âge, surtout à partir de 65 ans. Elle varie aussi selon certaines caractéristiques socioéconomiques. Les personnes plus pauvres, celles qui sont moins scolarisées, ainsi que celles qui ont de moins bonnes habitudes de vie se perçoivent toujours en plus mauvaise santé que les autres. De même, les personnes éprouvant des problèmes de santé physique ou mentale perçoivent, sans surprise, de façon négative leur état de santé.

CHAPITRE 13

PROBLÈMES DE SANTÉ

SYLVIE BERNIER

Introduction

Le but du présent chapitre est d'analyser la morbidité subjective, c'est-à-dire les problèmes de santé ressentis ou perçus par la population. Ces derniers sont abordés sous l'angle de la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et aussi sous l'angle de la nature des principaux problèmes de santé déclarés.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* donne l'opportunité de suivre, dans le temps, l'évolution des problèmes de santé depuis l'enquête de 1987. Elle permet aussi de vérifier l'évolution de problèmes de santé physique ciblés par la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992), soit les maladies cardiovasculaires, les maux de dos, l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire.

Le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés sont présentés selon l'âge et le sexe de la population, ainsi qu'en fonction du niveau de revenu. Par la suite, pour l'ensemble de la population, la prévalence des principaux problèmes de santé est rapportée et comparée à celle établie lors de l'enquête *Santé Québec 1987*.

13.1 Aspects méthodologiques

13.1.1 Indicateurs

Dans le but de favoriser la comparaison avec l'enquête de 1987, les questions relatives aux problèmes de santé sont à quelques exceptions près demeurées les mêmes. La manière de colliger les données sur les problèmes de santé est également la même que celle utilisée en 1987. Elle consiste à réunir pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections du questionnaire rempli par l'intervieweur (pour plus de détails voir le rapport provincial). On peut mentionner au passage que dans environ 80 % des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin.

La prévalence des problèmes de santé est définie comme étant la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème dans une catégorie donnée de problèmes par rapport à la population totale, à la population du même sexe ou à la population du même groupe d'âge, selon le cas.

Outre la prévalence des problèmes de santé, deux autres indicateurs sont utilisés pour décrire la morbidité subjective. Ces indicateurs catégorisent la population selon le nombre et la durée des

problèmes de santé déclarés. Le premier, qui porte sur le nombre de problèmes, comprend trois catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré : « aucun problème de santé », « un problème » et « plus d'un problème ». Le second indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré des problèmes selon la durée de ceux-ci, soit de courte durée (moins de six mois) soit de longue durée (six mois ou plus).

13.1.2 Comparabilité avec l'enquête *Santé Québec 1987*

La plupart des questions sur les problèmes de santé sont les mêmes qu'en 1987. Toutefois, des modifications aux questions sur les accidents avec blessures et sur les maladies de l'œil font que l'indicateur portant sur le nombre de problèmes de santé déclarés ainsi que les prévalences des deux problèmes de santé concernés ne peut être comparé avec les données de 1987.

13.1.3 Portée et limites des données

Il faut rappeler ici que les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une sous-estimation de la déclaration de certains problèmes est donc possible. Certains problèmes de santé ne sont habituellement pas connus par un tiers à cause de leur nature intime, comme les maladies transmises sexuellement (MTS) par exemple, et sont fort probablement sous-estimées. Ces problèmes sont surtout importants chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le chapitre 13 du rapport provincial traite de la méthode du présent chapitre de façon plus approfondie.

13.2 Résultats

13.2.1 Nombre et durée des problèmes de santé déclarés

Près des deux tiers de la population (65 %) de la Mauricie et du Centre-du-Québec a déclaré au moins un problème de santé (tableau 13.1). Environ le quart (26 %) rapporte un problème et 39 % rapporte plus d'un problème ce qui représente **environ 122 000 et 183 000 personnes**. Il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes qui rapportent avoir au moins un problème de santé : 68 % et 61 % respectivement et la différence est encore plus importante sur le fait de présenter plus d'un problème (45 % c. 33 %). La proportion de personnes qui présentent au moins un problème augmente avec l'âge : à 65 ans et plus, trois personnes sur quatre rapportent plus d'un problème de santé.

Tableau 13.1

Nombre de problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Aucun problème		Un problème		Plus d'un problème		Au moins un problème	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	38,8	34,4 – 43,2	28,8	24,7 – 32,9	32,5	28,2 – 36,7	61,2	56,8 – 65,6
Femmes	32,0	27,8 – 36,2	22,9	19,1 – 26,7	45,1	40,6 – 49,6	68,0	63,8 – 72,2
0-14 ans	35,6	48,1 – 63,1	27,6	21,0 – 34,9	16,8*	11,6 – 23,3	44,4	37,0 – 51,8
15-24 ans	39,2	31,0 – 47,4	31,8	23,9 – 39,6	29,0	21,6 – 37,4	60,8	52,6 – 69,0
25-44 ans	37,3	31,6 – 42,9	28,1	22,9 – 33,4	34,6	29,0 – 40,2	62,7	57,0 – 68,4
45-64 ans	26,8	21,0 – 32,5	25,2	19,6 – 30,8	48,0	41,6 – 54,5	73,2	67,5 – 78,9
65 et plus	13,9*	8,2 – 21,5	12,1*	6,8 – 19,4	74,0	65,1 – 81,7	86,1	78,4 – 91,8
Total	**35,4**	**32,3 – 38,4**	**25,8**	**23,0 – 28,6**	**38,8**	**35,7 – 41,9**	**64,6**	**61,5 – 67,7**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques et de santé

Le nombre de problèmes de santé varie selon le niveau de revenu (tableau 13.2). Ainsi la moitié des personnes pauvres et très pauvres (49 %) présentent plus d'un problème de santé comparativement à 34 % des personnes bénéficiant d'un niveau de revenu moyen supérieur et supérieur. La perception de l'état de santé est aussi en lien avec le nombre de problèmes de santé rapportés. Plus de 40 % des gens se disant en excellente et très bonne santé déclarent qu'ils n'ont aucun problème de santé tandis que ceux se percevant en moyenne et mauvaise santé ont déclaré, dans 86 % des cas, plus d'un problème de santé. La perception de l'état de santé mentale est en lien avec le nombre de problèmes de santé déclarés. Ainsi, près des deux tiers (65 %) des gens ayant déclaré avoir une santé mentale moyenne ou mauvaise déclarent avoir plus d'un problème de santé comparativement à 39 % chez ceux ayant une excellente ou très bonne santé mentale.

Tableau 13.2

Nombre de problèmes de santé selon la suffisance de revenu, la perception de l'état de santé physique et mentale, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

	Aucun problème		Un problème		Plus d'un problème	
	%	IC	%	IC	%	IC
Niveau de revenu						
Très pauvre et pauvre	29,0	22,5 – 36,2	21,6	15,9 – 28,3	49,3	42,1 – 56,6
Moyen inférieur	38,0	32,8 – 43,3	24,9	20,2 – 29,6	37,1	31,8 – 42,3
Moyen inférieur et supérieur	36,3	30,9 – 41,7	29,3	24,2 – 34,4	34,4	29,0 – 39,7
Perception de l'état de santé						
Excellente/très bonne	41,2	36,4 – 46,1	29,1	24,6 – 33,5	29,7	25,2 – 34,2
Bonne	24,7	19,1 – 30,3	25,0	19,3 – 30,6	50,3	43,8 – 56,8
Moyenne/mauvaise	5,8**	2,0 – 12,7	8,4**	3,6 – 16,1	85,8	76,9 –92,2
Perception de la santé mentale						
Excellente/très bonne	34,1	30,0 – 38,1	27,2	23,3 – 31,0	38,8	34,6 – 43,0
Bonne	27,5	20,5 – 35,4	21,8	15,5 – 29,3	50,7	42,6 – 58,7
Moyenne/mauvaise	20,4**	10,4 – 34,0	15,1**	6,6 – 27,9	64,6	49,9 – 77,5

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Pour ce qui est de la prévalence des problèmes de santé selon leur durée, 12 % [9,7 – 13,8] des individus présentent des problèmes de courte durée, 23 % [20,3 – 25,7] déclarent avoir un problème de longue durée et 30 % [26,9 – 32,8] plus d'un problème de longue durée (données non présentées).

Entre 1987 et 1998, la proportion de personnes déclarant plus d'un problème de santé est passée de 27,8 % [26,3 – 29,3] à 38,8 % [35,7 – 41,0] (données non présentées).

13.2.2 Prévalence des problèmes de santé déclarés

Les problèmes de santé sont présentés pour l'ensemble de la population et sont non ventilés par sexe ou par âge à cause des faibles prévalences. Le lecteur est invité à consulter le rapport provincial pour obtenir ces ventilations pour l'ensemble de la population du Québec.

Les problèmes les plus fréquemment déclarés dans la région et ayant une prévalence de plus de 10 % sont l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de tête, les allergies ou affections cutanées et les maux de dos. Suivent, avec une prévalence entre 5 % et 9 %, les autres allergies, l'hypertension artérielle, la rhinite allergique, les accidents avec blessures, les troubles digestifs fonctionnels et la grippe. Les maladies cardiaques, les troubles de la thyroïde, les maladies de l'œil, l'asthme, les troubles mentaux, les périodes de grande nervosité, les autres affections ostéo-articulaires et les autres affections respiratoires ont une prévalence entre 4 % et 5 %. Finalement soulignons que le diabète, l'hypercholestérolémie, la bronchite et l'emphysème ont une prévalence déclarée d'environ 3 % à 4 %. Il faut retenir que les prévalences régionales présentent une certaine marge d'erreur. Notons cependant que ces valeurs sont semblables à celles observées pour l'ensemble du Québec.

Tableau 13.3

Prévalence des problèmes de santé, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987 et 1998

Problèmes de santé	1987	1998		Pe'00
	%	%	IC	
Arthrite ou rhumatisme	8,7[b]	12,7	10,6 – 14,9	600
Maux de tête	7,1[b]	10,9	8,9 – 12,9	515
Allergies ou affections cutanées	8,3	10,7	8,7 – 12,7	503
Maux de dos ou de la colonne	6,9[b]	10,5	8,6 – 12,5	497
Autres allergies	5,5[b]	8,9	7,2 – 11,0	422
Hypertension artérielle	5,2[b]	8,7	7,0 – 10,7	409
Rhinite allergique	5,0[b]	7,6	5,9 – 9,4	356
Accidents avec blessures	...	6,7[1]	5,2 – 8,5	314
Troubles digestifs fonctionnels	3,6	5,1	3,8 – 6,7	240
Grippe	5,4	5,0	3,7 – 6,5	234
Maladies cardiaques	3,6	4,6	3,4 – 6,2	218
Troubles de la thyroïde	1,3*[b]	4,5*	3,2 – 6,0	211
Maladies de l'œil	...	4,5*[1]	3,3 – 6,0	212
Asthme	3,0	4,5	3,3 – 6,1	214
Troubles mentaux	2,6	4,3*	3,1 – 5,9	205
Périodes de grande nervosité	4,3	4,2*	3,0 – 5,8	200
Autres affections ostéo-articulaires	1,7*[b]	4,2*	3,0 – 5,7	197
Autres affections respiratoires	3,6	4,0*	2,9 – 5,5	189
Troubles de la menstruation ou de la ménopause	0,9*[b]	3,8*	2,7 – 5,2	178
Diabète	2,3*	3,6*	2,5 – 5,0	169
Troubles du sommeil	2,6	3,0*	2,0 – 4,3	140
Hypercholestérolémie	0,4**[b]	3,0*	2,0 – 4,3	142
Bronchite ou emphysème	2,2*	3,0*	2,0 – 4,3	141
Malaises et fatigue	2,5	2,9*	1,9 – 4,2	138
Autres maladies du sang	0,6**[b]	2,4*	1,5 – 3,6	112
Autres troubles digestifs	2,0*	2,1*	1,3 – 3,2	99
Troubles urinaires ou maladies du rein	1,2*	2,0*	1,2 – 3,1	94
Anémie	0,9**	1,3**	0,7 – 2,2	61
Ulcères gastriques ou duodénaux	1,4*	1,3**	0,6 – 2,2	59
Maladies de l'oreille	1,6*	1,2**	0,6 – 2,2	59
Autres problèmes	7,7[b]	11,4	9,4 – 13,5	539

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

[b] Significativement différent du résultat de 1998.

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comparaison avec 1987

Rappelons que les prévalences de 1998 pour les accidents avec blessures et pour les maladies de l'œil ne sont pas comparables avec celles de 1987. Entre 1987 et 1998, les maladies avec une prévalence d'environ 7 % et plus ont toutes augmenté de façon statistiquement significative sauf les allergies ou affections cutanées dont l'augmentation n'atteint pas le seuil de signification statistique avec les données régionales mais est observée avec les données de l'ensemble de la province. Ainsi, les maladies ayant connu une augmentation de prévalence sont l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de tête, les maux de dos ou de la colonne, les autres allergies, l'hypertension artérielle et la rhinite allergique.

Pour les maladies à prévalence plus faible, il faut demeurer prudent sur l'interprétation des tendances à cause des petits effectifs en cause pour la région. Mentionnons seulement qu'à l'instar des résultats provinciaux, les troubles de la thyroïde, l'hypercholestérolémie et la catégorie « autres maladies du sang » ont connu une augmentation. Cependant, contrairement à la province, l'augmentation de la prévalence n'est pas statistiquement significative pour les troubles mentaux et le diabète. En effet, les effectifs ne permettent pas de conclure à des écarts significatifs.

D'autre part, les maladies cardiaques, la grippe ou les périodes de grande nervosité n'ont pas augmenté significativement depuis 1987 comme pour la province d'ailleurs. Pour les autres problèmes de santé à prévalence faible qui semblent être demeurés stables, il est difficile de conclure toujours à cause des petits effectifs régionaux.

Conclusion

Près des deux tiers de la population de la région déclarent au moins un problème de santé. Douze pour cent des individus de la région ont signalé un problème de courte durée. Les gens moins bien nantis, ceux se percevant en moins bonne santé et ceux déclarant une santé mentale moyenne ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux à déclarer être affectés. Les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent avec les maux de têtes, les allergies et l'hypertension artérielle parmi les problèmes de santé déclarés par une plus forte proportion de la population.

Entre 1987 et 1998, on constate d'une part, une augmentation de la proportion de personnes déclarant plus d'un problème de santé. D'autre part, on note l'augmentation de la prévalence de plusieurs problèmes de santé déclarés, entre autres, les problèmes ostéo-articulaires, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, les troubles thyroïdiens et le diabète. Cette augmentation est due en partie au vieillissement de la population et aussi à la recherche plus intensive de cas et à l'abaissement des seuils diagnostiques comme dans le cas du diabète, par exemple.

Les résultats de ce chapitre montrent qu'il est important d'adopter des mesures préventives pour agir sur les conditions de vie favorables à la santé et d'éliminer les facteurs de risques connus des problèmes de santé. Il est aussi important de continuer à combattre les inégalités sociales qui

influencent encore aujourd'hui l'état de santé des individus. Du point de vue du planificateur, les données rappellent l'importance d'une vision à long terme sur le plan de l'organisation des services de première ligne et des coûts générés par l'augmentation réelle des problèmes ou par la prise en charge plus intensive de certaines affections.

CHAPITRE 14

PROBLÈMES AUDITIFS ET PROBLÈMES VISUELS

SYLVIE BERNIER

Section I : problèmes auditifs

Introduction

La surdité a plusieurs conséquences néfastes pour l'individu qui en est atteint tant sur la qualité de vie, sur sa perception de son l'état de santé ou sur son autonomie. Pour sa part, l'acouphène est une sensation auditive perçue sans stimulation extérieure. Il se présente souvent sous la forme de sifflement ou de bourdonnement. Les acouphènes augmentent avec l'âge et se retrouvent principalement chez les personnes atteintes de surdité. L'exposition au bruit intense est aussi une cause fréquente d'apparition des acouphènes. Les acouphènes ont diverses conséquences allant de la diminution de la qualité de vie, à l'anxiété et même la dépression.

Les données au sujet de ces deux problèmes sont presque inexistantes au Québec. L'information fournie par la présente enquête servira à mieux planifier les programmes de santé sur le plan de la prévention, de la réadaptation et du soutien aux personnes atteintes.

Dans le présent chapitre, la fréquence des problèmes d'audition est examinée selon le degré de perte auditive. Les acouphènes sont étudiés selon l'âge, le sexe. Le fait d'être dérangé ou non et la consultation pour ce problème d'audition sont aussi présentés.

14.1 Aspects méthodologiques

14.1.1 Indicateurs

Les questions sur l'audition proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI139 et QRI140) et les problèmes sont donc rapportés par un tiers. Les résultats touchent la population de 16 ans et plus. La prévalence des problèmes auditifs est mesurée ainsi que le degré de perte auditive chez ceux ayant mentionné un problème. Aussi, le lecteur est invité à prendre connaissance du chapitre 14 du rapport provincial qui fournit également des résultats sur le bruit au travail.

En ce qui concerne les acouphènes, les questions proviennent du questionnaire autoadministré (QAA199 à QAA201). La prévalence des acouphènes est mesurée dans la population des 15 ans et plus ainsi que la fréquence des bruits entendus pour ceux qui ont déclaré souffrir de ce problème.

14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Bien que des données sur l'audition aient été recueillies lors de l'enquête de 1987, elles ne sont pas comparables avec celles de 1998 et le thème n'a pas été abordé lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993.*

14.1.3 Portée et limites des données

Bien que la question sur l'audition s'adressait à la population de 15 ans et plus, les résultats portant sur l'audition des jeunes de 15 ans ne sont pas disponibles à cause d'un problème informatique. Ainsi, toute l'analyse des résultats sur l'audition porte sur les 16 ans et plus. Par contre, l'information sur les acouphènes a trait à la population de 15 ans et plus.

Soulignons que l'enquête exclut une population fortement à risque de perte auditive et d'acouphènes constituée des personnes âgées vivant en institution. D'autre part, le lecteur est invité à se référer au chapitre 14 du rapport provincial pour les limites des données de l'enquête pour la section sur les problèmes auditifs.

14.2 Résultats

14.2.1 Audition

Près de 92 % des personnes de 16 ans et plus de la Mauricie et du Centre du Québec n'ont pas de problème à entendre. Par contre, environ 5 %* déclarent une perte auditive légère, et près de 3 %* une perte sévère (tableau 14.1). Ces données sont à interpréter avec prudence à cause des petits effectifs mais sont semblables aux résultats provinciaux.

Tableau 14.1

Degré de perte auditive, population de 16 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Audition	%	IC
Aucun problème	91,8	89,6 – 93,7
Léger	5,1*	3,7 – 7,0
Modéré	0,4**	0,1 – 1,1
Sévère	2,7*	1,7 – 4,1

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

14.2.2 Acouphènes

Près de 13 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir des acouphènes (tableau 14.2). La différence apparente selon le sexe n'atteint pas le seuil de signification statistique. On remarque une augmentation de la prévalence d'acouphènes avec l'âge passant de 8 % chez les 25-44 ans à 20 %* chez les 65 ans et plus. Cette relation est statistiquement significative d'après les données provinciales.

Tableau 14.2

Présence d'acouphènes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	%	IC
Hommes	9,8*	6,9 – 13,3
Femmes	15,1	11,6 – 19,2
Sexes réunis		
15-24 ans	14,3*	8,8 – 21,5
25-44 ans	7,7	4,8 – 11,6
45-64 ans	13,9*	9,5 – 19,2
65 ans et plus	19,6*	12,4 – 28,8
Total	**12,5**	**10,0 – 14,9**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Près du tiers des personnes aux prises avec des acouphènes précisent qu'ils sont souvent ou toujours présents (33 %) (tableau 14.3). Environ 30 % des gens présentant des acouphènes se disent modérément ou beaucoup dérangés (tableau 14.4). Enfin, 46 % [35,6 – 56,5] des gens atteints ont consulté un professionnel de la santé pour ce problème (données non présentées).

Tableau 14.3

Fréquence des acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Fréquence	%	IC
Rarement	24,9*	16,3 – 35,2
Parfois	42,4	32,1 – 52,8
Souvent	15,2**	8,5 – 24,3
Toujours	17,5*	10,3 – 27,0

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Tableau 14.4

Dérangement lié aux acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Dérangement	%	IC
Pas du tout	20,0*	12,3 – 29,8
Un peu	49,8	39,3 – 60,2
Modérément	18,7*	11,2 – 28,3
Beaucoup	11,5**	5,7 – 20,0

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Les données sur les troubles auditifs de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont les premières données fournies sur le sujet dans les enquêtes québécoises de santé. En Mauricie et au Centre-du-Québec, autour de 8 % des personnes de 16 ans et plus vivant en ménage privé ont des problèmes auditifs et environ 13 % de 15 ans et plus ont des problèmes d'acouphènes. Ces problèmes augmentent avec l'âge. Cependant, il convient ici de rapporter quelques observations de Louise Paré et Madeleine Levasseur dans leur conclusion du chapitre 14 du rapport provincial.

En se basant sur des enquêtes comparables, les auteures précisent que les résultats sur la perte d'audition sont sous-estimés. Cela provient, en partie, du fait que les problèmes sont rapportés par

un tiers. De plus, les questions ne permettent pas d'évaluer la présence de situation de handicap lié aux incapacités auditives pour estimer les besoins des personnes atteintes.

D'autres part, toujours selon le rapport provincial, la proportion de gens déclarant des acouphènes est comparable à celle issue d'autres enquêtes. Cependant, le taux d'adultes qui rapportent des acouphènes présents souvent ou toujours est moindre que dans d'autres études. Aussi, on remarque que trop de gens affectés ne consultent pas pour les problèmes auditifs. Des hypothèses telles un manque de sensibilisation de la population et des professionnels, un manque de services d'évaluation et de réadaptation adaptés et la stigmatisation des personnes affectées sont avancées.

Section II Problèmes visuels

Introduction

Par problème visuel, on entend ici toute difficulté à voir de près ou de loin, quel que soit le problème à l'origine de la difficulté. Parmi les problèmes de la vision, on compte les défauts de réfraction (myopie, hypermétropie et astigmatisme) et les problèmes d'accommodation (presbytie, etc.), mais aussi d'autres troubles qui ne sont pas liés à l'accommodation (cataracte, glaucome, etc.) et qui se traduisent par des difficultés à voir de près ou de loin. La presbytie et la myopie comptent toutefois parmi les problèmes visuels, les plus prévalents, entraînant des difficultés à voir de près ou de loin.

Le texte qui suit présente la prévalence des problèmes de vision de près et de loin selon l'âge et le sexe de la population de 7 ans et plus.

14.1 Aspects méthodologiques

14.1.1 Indicateurs

Les deux questions qui portent sur la vision sont issues du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI137) et (QRI138). Les questions s'adressent aux personnes en âge de pouvoir lire, soit la population de 6 ans et plus.

14.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Des questions d'ordre méthodologique empêchent la comparaison des résultats avec ceux de l'enquête *Santé Québec 1987*. De plus, lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, ce thème n'était pas abordé.

14.1.3 Portée et limites des données

Il faut aussi rappeler que ces questions ne détectent pas nécessairement la présence de la myopie ou de la presbytie, mais bien toute difficulté à voir de près ou de loin, quel que soit le problème à l'origine de la difficulté.

Bien que ces questions s'adressaient à la population de 6 ans et plus, les résultats portant sur la vision des enfants de 6 ans ne sont pas disponibles à cause d'un problème informatique. L'analyse porte donc sur la vision de la population de 7 ans et plus.

De plus, contrairement à l'audition, les résultats recueillis sur la vision ne permettent pas de connaître le degré de perte de vision et de classer la population selon le degré de gravité du problème.

Finalement, le lecteur est invité à consulter le chapitre 14 du rapport provincial, qui présente plus d'information sur la méthode ou parfois une analyse plus détaillée.

14.2 Résultats

14.2.1 Vision de près

Plus de quatre personnes sur dix (42 %) âgées de 7 ans et plus éprouvent des problèmes de vision de près (tableau 14.5). La proportion est plus forte chez les femmes que chez les hommes, mais n'atteint pas la signification statistique pour notre région, contrairement à ce qui est observé à l'aide des données provinciales. La difficulté à voir de près tend à augmenter avec l'âge. En effet, la proportion double pour les 15-44 ans comparativement aux 7-14 ans et soulignons que plus de 83 % des personnes de 65 ans et plus éprouvent des difficultés à voir de près.

Tableau 14.5

Prévalence des problèmes de vision de près et de loin, population 7 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et Groupe d'âge	Troubles de la vision de près		Troubles de la vision de loin	
	%	IC	%	IC
Hommes	39,8	35,1 – 44,4	21,7	17,7 – 25,6
Femmes	44,2	39,5 – 48,9	29,8	25,4 – 34,2
Sexes réunis				
7-14 ans	11,1**	5,5 – 19,4	11,1**	5,5 – 19,4
15-24 ans	23,6*	16,7 – 31,6	30,0	22,4 – 38,4
25-44 ans	21,5	16,6 – 26,3	24,4	19,3 – 29,4
45-64 ans	68,9	62,9 – 74,9	26,8	21,1 – 32,6
65 ans et plus	83,4	75,4 – 89,6	33,3	24,7 – 41,9
Total	**42,0**	**38,7 – 45,3**	**25,7**	**22,8 – 28,7**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

14.2.2 Vision de loin

Environ le quart de la population âgée de 7 ans et plus présente des problèmes de vision de loin. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (30 %) que les hommes (22 %) à présenter ce problème. Comme pour la vision de près, la vision de loin connaît aussi une variation selon l'âge.

Ainsi, les enfants de 7 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreux (11 %), à présenter des problèmes de vision de loin, que les personnes de 65 ans et plus chez qui ce problème affecte une personne sur trois (33 %).

Conclusion

Un peu moins de la moitié des personnes de 7 ans et plus ont des problèmes de vision de près et environ le quart ont des problèmes de vision de loin. Les problèmes de vision tendent à augmenter avec l'âge mais cette augmentation est plus marquée pour la vision de près. Dans la planification des services, il faudra tenir compte que même si la prévalence des troubles de vision de près demeure stable dans le temps, le vieillissement de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec fera en sorte que le nombre de personnes touchées ira en augmentant avec les années. Il s'ensuivra un accroissement de la demande de services d'optométrie et d'ophtalmologie.

CHAPITRE 15
ACCIDENTS ET BLESSURES

YVES PEPIN

Introduction

Les traumatismes constituent une des principales causes de mortalité et de morbidité. Lorsqu'il n'y a pas décès, ces accidents sont susceptibles d'entraîner des situations d'incapacités à long terme ou des limitations d'activités. Toutefois, l'ampleur des traumatismes non mortels reste moins facile à saisir, notamment quant aux lieux où se sont produits les accidents.

La présente enquête, à l'instar de l'enquête de 1992-1993, fournit donc des informations supplémentaires à ce que nous transmettent les fichiers officiels sur les lieux où se sont produits les accidents et sur la morbidité ressentie, soit celle qui n'a entraîné ni hospitalisation, ni décès. Les résultats présentés permettent de mesurer un des objectifs de la *Politique de santé et du bien-être* qui consiste à réduire la mortalité et la morbidité associées aux traumatismes survenus au travail, à domicile, sur la route ou au cours d'activités récréatives ou sportives. En effet, au chapitre des accidents avec blessures, l'indicateur de morbidité par traumatisme utilisé pour cette enquête permet, en comparant notamment avec l'enquête de 1992-1993, de vérifier si les objectifs de réduction de la *Politique de la santé et du bien-être* se réalisent.

Ce chapitre présente dans un premier temps le nombre de victimes d'accidents avec blessures au cours de la dernière année. Les lieux où se sont produits les accidents, qui sont peu présents dans les autres sources de données, se retrouvent à la fin de ce chapitre, on y reprend, là aussi, l'évolution entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998.

15.1 Aspects méthodologiques

Les accidents sont vus dans un sens large et font référence à l'événement au cours duquel est survenue la blessure. Ces accidents couvrent l'ensemble des lésions traumatiques et empoisonnements énumérés dans cette catégorie de la Classification internationale des maladies (CIM9) et peuvent être, de ce fait, tant intentionnels que fortuits.

15.1.1 Indicateurs

Les questions sur les accidents avec blessures proviennent de la section V du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et servent à calculer le premier indicateur, le nombre de victimes. Dans cette section, les répondants rapportent les accidents avec blessures pour eux et l'ensemble des membres du ménage au cours de la dernière année. Pour être retenu dans l'analyse, l'accident devait avoir entraîné soit une consultation médicale (QRI49) ou une limitation d'activité (QRI50).

Le second indicateur présente les taux d'accidents selon le lieu où ceux-ci sont survenus. Ces informations sont tirées des questions QRI51 à QRI58. Les taux sont donc calculés en se référant au nombre de lieux différents où se sont produits les accidents. Si une personne a eu deux accidents dans deux endroits différents au cours de la dernière année, ces deux lieux seront comptabilisés. Toutefois, si une même personne a eu plus d'un accident dans le même lieu au cours des douze derniers mois, ce lieu n'est considéré qu'une seule fois. Par ailleurs, la distribution en pourcentage des lieux d'accidents des répondants n'ayant eu qu'un seul accident au cours de l'année est aussi présentée.

15.1.2 Portée et limites des données

Comme il s'agit d'autodéclaration sur une période d'un an, des problèmes d'omission des accidents de peu d'importance ou de télescopage (quand le répondant rapporte des événements plus tard qu'ils ne se sont réalisés en réalité) sont présents. Toutefois, ce télescopage se retrouvait aussi en 1992-1993 et ne nuit pas à la comparabilité entre les enquêtes.

Par ailleurs, les biais de mémoire n'affectent pas l'étude des lieux, de plus les accidents graves qui nous préoccupent davantage sont moins touchés par ces biais. Mais, il faut être conscient que les taux rapportés sous-estiment la réalité, le taux global d'accident obtenu à partir des lieux pourrait même être sous-estimé d'environ 10 %. Les lecteurs sont invités à consulter le rapport provincial pour avoir plus d'information sur les limites et la méthodologie. Par ailleurs, les données présentées proviennent de l'ensemble des répondants ayant signalé un accident.

15.2 Résultats

15.2.1 Importance du problème

Dans notre région, **approximativement 23 000 personnes** ont subi des blessures ayant entraîné des limitations d'activités ou une consultation médicale au cours de l'année précédant l'enquête soit un taux de 49 pour 1 000 (tableau 15.1). Sur ce nombre, **environ 19 500 personnes** ont connu au moins une limitation au cours de la dernière année, qu'elle ait entraîné une consultation ou non (42 personnes sur 1 000). Quant aux blessures ayant entraîné une consultation médicale avec ou sans limitation **(environ 22 000 personnes)**, elles affichent un taux de 46 pour 1 000. Ces taux ne se distinguent pas de façon significative de ceux de l'ensemble du Québec contrairement à ce qui avait été observé en 1992-1993.

Tableau 15.1

Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Accidents avec limitations et/ou consultation		Accidents avec consultation médicale		Accidents avec limitations d'activité	
	Taux pour 1 000	IC	Taux pour 1 000	IC	Taux pour 1 000	IC
Hommes	63,0*	42,7 – 89,0	60,1*	40,3 – 85,7	51,7*	33,5 – 75,9
Femmes	34,6*	20,0 – 55,4	32,8**	18,7 – 53,2	31,8**	17,9 – 51,9
0-14 ans	25,4**	7,4 – 61,6	24,7**	7,1 – 60,6	25,4**	7,4 – 61,6
15-24 ans	37,1**	12,3 – 84,1	37,1**	12,3 – 84,1	29,0**	7,9 – 73,0
25-44 ans	62,2*	36,9 – 97,2	57,7*	33,5 – 91,7	51,0**	28,3 – 83,6
45-64 ans	61,1**	33,9 – 100,3	57,7**	31,3 – 96,1	52,3**	27,4 – 89,5
65 ans et plus	39,8**	12,4 – 92,7	39,8**	12,4 – 92,7	37,3**	11,1 – 89,4
Total	**48,7**	**35,8 – 64,5**	**46,4**	**33,8 – 62,0**	**41,7***	**29,8 – 56,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les accidents avec blessures sont associés au sexe, les hommes sont davantage concernés par les accidents que les femmes (63 %* c. 35 %*) bien que les intervalles de confiance régionales ne l'indiquent pas. Aussi, des différences selon l'âge s'observent également mais ne sont pas significatives en région, alors qu'au Québec les taux sont plus élevés chez les 15-44 ans comparativement aux moins de 15 ans et aux 65 ans et plus. L'importance des coefficients de variation des données régionales indique, toutefois, que ces estimations restent fragiles.

Une diminution substantielle du nombre d'accidents avec blessures est observée de 1992-1993 à 1998 avec un taux passant de 101 à 49 pour 1 000 (tableau 15.2). Cette chute s'observe tant chez les hommes que chez les femmes ainsi que pour la population de 0-14 ans à 25-44 ans. Cette diminution importante s'observe aussi pour l'ensemble du Québec.

Tableau 15.2

Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	1992-1993 Taux pour 1 000	1998 Taux pour 1 000
Hommes	121,9 [b]	63,0
Femmes	80,5 [b]	34,6
0-14 ans	100,7* [b]	25,4**
15-24 ans	144,3* [b]	37,1**
25-44 ans	122,0 [b]	62,2*
45-64 ans	63,9*	61,1**
65 ans et plus	64,4**	39,8**
Total	**101,1** [b]	**48,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

15.2.2 Taux de morbidité selon le lieu

Les données régionales ne permettent pas de bien préciser les lieux des accidents, les coefficients de variation étant supérieurs à 25 % (tableau 15.3). Toutefois, l'importance des taux selon le lieu de l'accident reste, en général, dans le sens des données provinciales où les accidents au moment d'activités de loisir, ceux survenus à la maison (et ce tant à l'extérieur qu'à l'intérieur) et les accidents au travail présentent les taux de victimes d'accidents avec limitations les plus élevés et devancent ainsi les taux des accidents survenus dans des lieux publics, sur la route, à l'école ou dans d'autres lieux. Il serait, toutefois, imprudent d'interpréter les rares écarts observés régionalement.

Tableau 15.3

Victimes d'accidents avec blessures selon le lieu
Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993 et 1998

Lieu	1992-1993	1998	
	Taux pour 1 000	Taux pour 1 000	IC
Autre lieu	0,4**	2,6**	0,4 – 8,5
École	6,0**[b]	0,1**	0,0 – 4,2
Lieu public	8,8**	4,5**	1,3 – 11,2
Sports et loisirs	21,3*	11,4**	5,6 – 20,5
Maison (extérieur)	20,1*[b]	7,7**	3,1 – 15,6
Maison (intérieur)	18,4*[b]	7,9**	3,3 – 16,0
Route	9,0**	5,9**	2,1 – 13,2
Travail	22,1*	11,4**	5,6 – 20,5

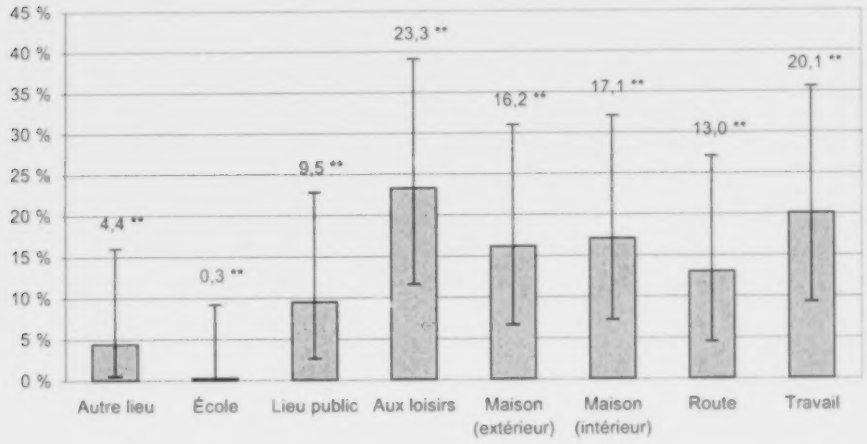
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le même tableau donne la comparaison avec 1992-1993, on observe pour la région, une baisse des taux d'accidents à l'école et à domicile (tant à l'extérieur qu'à l'intérieur) de 1992-1993 à 1998. Toutefois, l'importance des coefficients de variation rend ces estimations imprécises et l'on ne saurait interpréter avec assurance ces écarts observés. Par ailleurs, si la diminution des taux des accidents survenus sur la route et au travail de 1992-1993 à 1998 n'est pas significative pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, elle va dans le sens des tendances provinciales qui rapportent une diminution de ces deux causes.

En ce qui a trait à la distribution des lieux d'accidents des répondants n'ayant eu qu'un seul accident, les valeurs régionales reprennent en gros les mêmes tendances que celles du Québec. Ainsi, les accidents survenus à la maison (tant à l'extérieur qu'à l'intérieur), aux loisirs et les accidents de travail se classent devant ceux s'étant produits dans un lieu public ou sur la route. Ces causes arrivant avant les accidents à l'école et dans d'autres lieux. L'importance des coefficients de variation ne permet guère d'aller plus loin dans cette analyse (figure 15.1).

Figure 15.1

Répartition des lieux des accidents avec blessures pour les personnes ayant eu qu'un seul accident, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Conclusion

Les taux de victimes d'accidents, que ce soit selon l'âge ou le sexe, ne se distinguent pas significativement de ceux du Québec. Les hommes présentent des taux supérieurs à celui des femmes. À l'instar de la province, on assiste à une diminution du taux de victimes d'accident de 1992 à 1993, et ce, tant chez les hommes, les femmes que chez les moins de 45 ans. Cette chute des taux va dans le sens des objectifs de la *Politique de santé et du bien-être*.

Au chapitre du taux de morbidité selon le lieu de l'accident, rien ne vient, pour l'essentiel, distinguer la région du reste du Québec. Sans être significatives, les valeurs régionales reprennent les tendances provinciales. Les écarts régionaux de taux selon le lieu, entre 1992-1993 et 1998, propres à la région ne sauraient être interprétés de façon générale. Toutefois, la diminution non significative du taux des accidents survenus sur la route et au travail s'observe pour l'ensemble du Québec. Elle explique, d'ailleurs, l'essentiel de la diminution observée au cours de cette période, toutes causes réunies, pour la province. Il est intéressant de constater qu'il s'agit de secteurs d'activités qui ont fait l'objet d'interventions de prévention soutenues.

CHAPITRE 16

SANTÉ MENTALE

YVES PEPIN

Introduction

Les enquêtes de Santé Québec permettent une estimation indirecte de la santé mentale des Québécois effectuée, principalement à l'aide de l'indice de détresse psychologique et d'une question globale sur la perception de la santé mentale. Les indicateurs présentés répondent à l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être du Québec qui consiste à documenter et à suivre l'amélioration de la santé mentale des Québécois.

La perception de l'état de santé mentale est présentée en lien avec certaines caractéristiques démographiques (âge et sexe), des indicateurs de santé (la limitation d'activité et la présence de problèmes de santé de longue durée) et la satisfaction vis-à-vis la vie sociale.

Le niveau de détresse psychologique est abordé sous l'angle des personnes ayant un niveau élevé de détresse. Cet indice ne témoigne pas d'un diagnostic précis, mais il permet d'identifier les individus qui ont des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour les considérer « à risque » de développer des troubles psychologiques. Il est étudié en relation avec certaines caractéristiques démographiques (âge, sexe et état matrimonial de fait), la perception de sa situation économique ainsi que sous l'angle de certains indicateurs de santé (problèmes de santé de longue durée, limitations d'activité à long terme et perception de la santé mentale) et de l'environnement social (événements traumatisants anciens, satisfaction quant à la vie sociale et indice de soutien social).

Ce chapitre fait état aussi, des conséquences de la détresse psychologique, soit la durée de certaines manifestations utilisées dans la mesure de la détresse psychologique, les secteurs de la vie affectés (vie familiale ou sentimentale, travail ou études, activités sociales). Le recours à une aide extérieure est aussi présenté.

16.1 Aspects méthodologiques

16.1.1 Indicateurs

L'indicateur sur la perception que les individus ont de leur santé mentale est employé pour la première fois dans le cadre d'une enquête de Santé Québec. La question portant sur la perception de la santé mentale se retrouve à la section IX - Divers problèmes personnels du questionnaire autoadministré (QAA140). Il s'agit d'une question unique où les sujets de 15 ans et plus autoévaluent leur santé mentale comparativement à celle des personnes de leur âge ... avec un choix de cinq

réponses variant d'excellente à mauvaise. Les catégories de réponse « moyenne » et « mauvaise » ainsi que « excellente » et « très bonne » sont regroupées au moment de l'analyse.

Les questions utilisées pour décrire la détresse psychologique proviennent aussi de la section IX du questionnaire autoadministré - Divers problèmes personnels (questions QAA98 à QAA111) qui s'adressent aux personnes de 15 ans et plus. Ces quatorze questions mesurent la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Les scores de chacune de ces questions sont cumulés et ramenés sur une échelle allant de 0 à 100. Le niveau élevé de détresse psychologique correspond au quintile supérieur de l'échelle, obtenu avec les données de 1987, sur la base de ces quatorze questions. Cette façon de faire permet la comparaison des résultats avec les enquêtes précédantes. Afin de déterminer depuis quand durent les manifestations identifiées, la question QAA112 s'adresse seulement aux personnes ayant rapporté au moins une de ces quatorze manifestations au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Les réponses à cette question ont été regroupées en trois catégories de durées soit moins d'un mois, de six mois à un an et plus d'un an.

Quant aux conséquences de la détresse psychologique, elles sont mesurées à l'aide d'une série de questions cherchant à déterminer si les manifestations liées à l'état dépressif ont nuit à la vie familiale ou sentimentale, à la capacité de travailler ou de poursuivre des études ou, encore, ont restreint les activités sociales au cours des six mois ayant précédé l'enquête (QAA113 à QAA115). Ces questions s'adressent de ce fait aux personnes qui rapportent à la question QAA112 avoir ressenti ces manifestations depuis au moins six mois (il est à signaler que cette nouvelle condition ne permet pas de comparer les présents résultats avec ceux de l'enquête de 1992-1993). Finalement, une dernière question permet de savoir si la personne a consulté quelqu'un à ce sujet (QAA116).

16.1.2 Portée et limites des données

Pour la détresse psychologique, le taux de non-réponse partielle varie de façon marquée selon le groupe d'âge avec une proportion de 17 % chez les 65 ans et plus. La non-réponse est, en outre, associée à un faible niveau de scolarité et de revenu. L'effet de cette non-réponse sur la mesure du niveau de détresse psychologique pourrait faire varier à la baisse ou à la hausse la proportion estimée. De même, la non-réponse est de 11 % pour la durée des manifestations (QAA112) et elle est principalement le fait de personnes âgées se classant au niveau bas à moyen à l'indice de détresse psychologique ce qui peut entraîner une surestimation de la durée des manifestations.

16.2 Résultats

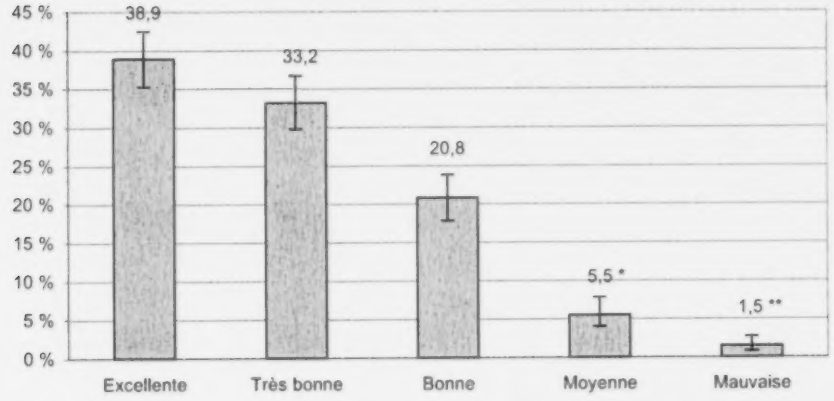
16.2.1 Perception de la santé mentale

Une proportion importante de la population (72 % [68,8 – 75,4]) perçoit sa santé mentale comme excellente (39 % [35,3 – 42,5]) ou très bonne (33 % [29,8 – 36,7]) soit approximativement 145 000 et

120 000 personnes respectivement (figure 16.1) et une personne sur cinq (environ 77 000 personnes) la voit comme bonne 21 % [17,8 – 23,8]). Par contre, 7 % [5,3 – 9,2] de la population (approximativement 26 000 personnes) considère leur santé mentale soit moyenne (près de 6 %* [4,0 – 7,5] de la population) ou mauvaise (moins de 2 %** [0,8 – 2,7] de la population).

Figure 16.1

Perception de la santé mentale,
population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Aucune différence significative de perception de la santé mentale selon le sexe n'est observée pour la région (tableau 16.1) alors que dans l'ensemble du Québec, davantage d'hommes que de femmes considèrent leur santé mentale comme excellente ou très bonne et que ces dernières sont plus nombreuses à déclarer que leur santé mentale est moyenne ou mauvaise. De même, les données de la région ne permettent pas de conclure à des écarts significatifs selon l'âge, alors qu'au Québec les 15-24 ans perçoivent, en plus grande proportion leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise comparativement aux 45-64 ans et aux 65 ans et plus. De plus, l'importance des coefficients de variation pour les perceptions moyennes et mauvaises rend les résultats régionaux imprécis.

Tableau 16.1

Perception de la santé mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Excellente/très bonne		Bonne		Moyenne et mauvaise	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	71,9	67,2 – 76,6	21,2	17,0 – 25,5	6,9*	4,5 – 10,0
Femmes	72,4	67,7 – 77,0	20,4	16,2 – 24,5	7,3*	4,8 – 10,4
Sexes réunis						
15-24 ans	66,2	58,0 – 74,3	25,5*	18,3 – 33,9	8,3**	4,2 – 14,4
25-44 ans	74,4	69,1 – 79,6	20,5	15,6 – 25,4	5,2**	2,8 – 8,5
45-64 ans	75,7	70,0 – 81,5	16,9*	12,1 – 22,5	7,4*	4,3 – 11,7
65 ans et plus	66,3	57,2 – 75,5	24,0*	16,1 – 33,4	9,7**	4,8 – 17,1
Total	**72,1**	**68,9 – 75,4**	**20,8**	**17,8 – 23,8**	**7,1**	**5,3 – 9,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La population du territoire sociosanitaire de la Mauricie se perçoit en plus grande proportion en excellente ou en très bonne santé mentale que celle du Centre-du-Québec (76 % c. 66 %) (tableau 16.2).

Tableau 16.2

Perception de la santé mentale selon le territoire sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Perception de l'état de santé mentale	Excellente/très bonne		Bonne		Moyenne et mauvaise	
	%	IC	%	IC	%	IC
Mauricie	75,8	71,8 – 79,8	18,1	14,7 – 22,0	6,0*	4,0 – 8,7
Centre-du-Québec	66,2	60,6 – 71,8	25,1	20,0 – 30,3	8,7*	5,7 – 12,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les personnes insatisfaites de leur vie sociale se perçoivent en moins bonne santé mentale que celles satisfaites (27 %* [17,1 – 38,0] c. 5 % * [3,2 – 6,7]). En outre, la perception de la santé mentale est aussi moins favorable chez les personnes limitées dans leurs activités qui perçoivent, à 21 % * [12,6 – 31,5], leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise contre 5 %* [3,7 – 7,4] pour celles ne présentant pas de limitations (données non présentées).

Par ailleurs, les personnes n'ayant aucun problème de santé de longue durée sont proportionnellement plus nombreuses à estimer leur état de santé mentale comme excellent ou très bon par rapport aux personnes éprouvant des problèmes (78 % [73,2 – 82,6] c. 68 % [63,5 – 72,5]) (données non présentées).

16.2.2 Détresse psychologique

En Mauricie et au Centre-du-Québec, 19 % de la population présente une détresse psychologique élevée (tableau 16.3) soit **environ 71 000 personnes**.

Les femmes connaissent, en plus grande proportion, un indice de détresse psychologique élevé. Sans que cet écart soit significatif, il reprend la tendance provinciale. Au chapitre de l'âge, quoique les différences entre les divers groupes ne soient pas significatives, les valeurs régionales reprennent la tendance provinciale voulant que les 15-24 ans éprouvent la détresse psychologique la plus élevée (28 %) et les 65 ans et plus affichent la détresse la plus faible (9 %**).

Tableau 16.3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998

Sexe et groupe d'âge	1987	1992-1993	1998	
	%	%	%	IC
Hommes	15,8	24,3 [b]	17,8	13,9 – 22,2
Femmes	21,5	29,2 [b]	20,9	16,6 – 25,1
Sexes réunis				
15-24 ans	22,2	43,9 [b]	28,2	20,7 – 36,8
25-44 ans	18,5	27,6 [b]	19,4	14,8 – 24,6
45-64 ans	17,4	23,4	18,4	13,5 – 24,2
65 ans et plus	16,2*	10,4*	8,8**	3,9 – 16,5
Total	**18,7**	**26,8** [b]	**19,3**	**16,4 – 22,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'importance relative de la détresse psychologique élevée a chutée de 1992-1993 à 1998 pour passer de 27 % à 19 % (tableau 16.3). Ce phénomène s'observe tant chez les hommes (24 % c. 18 %) que chez les femmes (29 % c. 21 %), que pour les 15-24 ans (44 % c. 28 %) et les 25-44 ans

(28 % c. 19 %). Mais à l'encontre du Québec, la diminution n'est pas significative chez les 45 ans et plus, même si les résultats vont dans ce sens.

En outre, contrairement au Québec et quoique les valeurs régionales suivent cette tendance, on ne peut affirmer que les hommes de la région et que les 15-24 ans présentent en 1998 une détresse psychologique supérieure de façon significative à celle de 1987, ni à une diminution de la détresse psychologique entre les trois enquêtes pour les personnes âgées.

Les personnes ne vivant pas avec un conjoint éprouvent, en plus grande proportion, une détresse psychologique élevée que celles avec conjoint (25 % [19,4 – 29,8] c. 16 % [12,8 – 19,9]). Ce résultat subit, cependant, l'influence de l'âge du fait d'une plus grande concentration de célibataires chez les 15-24 ans (données non présentées).

Au chapitre socioéconomique, contrairement au Québec, aucun lien significatif n'est observé pour la région entre la détresse psychologique et la scolarité, la suffisance de revenu et le patrimoine accumulé. Toutefois, la détresse psychologique en région est liée à la perception de sa situation financière. Les personnes se percevant pauvres ou très pauvres présentent une détresse élevée en proportion plus importante que ceux percevant leur situation comme suffisante (28 % [22,0 – 34,3] c. 15 % [11,6 – 19,2]) (données non présentées).

Les personnes insatisfaites de leur vie sociale se signalent par une plus grande détresse psychologique que celles satisfaites (55 % [43,3 – 66,0] c. 15 % [12,3 – 17,9]). De même, les personnes avec un soutien social faible affichent en plus grande proportion une détresse que celles avec un soutien plus élevé (35 % [26,6 – 43,0] c. 16 % [13,0 – 19,2]) (données non présentées).

La détresse psychologique est associée à la perception de l'état de santé. Ainsi l'indice élevé de détresse psychologique augmente de façon continue pour passer de 12 % [9,2 – 15,9] chez ceux se percevant en excellente ou très bonne santé à 35 % [24,6 – 44,6] chez ceux se voyant en moyenne ou mauvaise santé (données non présentées).

De plus, la tendance pour la perception de la santé mentale est encore plus marquée que celle retrouvée pour la perception de la santé physique, le pourcentage de personnes présentant une détresse élevée augmente de 11 % [8,3 – 13,9] à 63 % [47,8 – 76,8] à mesure que la perception de cet état de santé se détériore (données non présentées).

Au chapitre des événements traumatisants anciens, les personnes en ayant éprouvés deux ou plus se signalent par une détresse élevée en proportion plus important que celles n'en ayant eu aucun (34 % [25,6 – 41,7] c. 13 % [9,6 – 17,0]) (données non présentées).

16.2.3 Conséquences de la détresse psychologique

Parmi, les personnes ayant rapporté au moins une des quatorze manifestations mentionnées au questionnaire dans la semaine ayant précédé l'enquête, (tableau 16.4), 37 % (environ 95 000

personnes), la ressentait depuis moins d'un mois, une personne sur quatre (25 %) était aux prises avec cette ou ces manifestations depuis 6 mois à un an (34 000 individus approximativement) et 37 % la subissait depuis plus d'un an, soit environ 95 000 personnes.

Par ailleurs, toujours au sein de la population ayant rapportée au moins une des quatorze manifestations, les personnes avec un niveau élevé de détresse psychologique présentent une durée de ces manifestations inférieure à un mois, en plus faible proportion que celles ayant une détresse basse ou moyenne (24 %* c. 42 %). Les personnes présentant une détresse élevée connaissent aussi, en plus grande proportion, des durées de manifestations de plus d'un an (46 % c. 34 %). Cette différence, quoique non significative, se retrouve pour le Québec.

Tableau 16.4

Durée des manifestations associées à l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Durée des manifestations des problèmes personnels	Bas à moyen		Élevé		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC
Moins d'un mois	42,0	36,9 – 47,1	24,3*	17,2 – 32,7	37,3	33,1 – 41,6
Six mois à un an	23,7	19,4 – 28,1	29,7	21,9 – 38,3	25,3	21,4 – 29,1
Plus d'un an	34,3	29,4 – 39,2	46,0	37,4 – 54,6	37,4	33,1 – 41,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Parmi la population de 15 ans et plus ayant déclaré au moins une manifestation ou un symptôme de détresse psychologique qui dure depuis six mois et plus, 19 % de ces individus ont rapporté des conséquences sur leur capacité de travailler ou d'étudier (tableau 16.5). Cette proportion s'élève à 44 % chez ceux présentant un niveau élevé de détresse psychologique. De même, 29 % signalent que ces manifestations ou symptômes ont affecté leur vie familiale ou sentimentale (54 % pour les personnes présentant une détresse élevée) et 22 % font état d'effets sur leur vie sociale (44 % en ce qui a trait aux personnes avec une détresse élevée). Ainsi, pour notre région **31 000 personnes environ** ont connu des manifestations qui ont nuit au travail, **approximativement 50 000** ont vu leur vie familiale affectée et **environ 38 000** ont du restreindre leurs activités sociales.

Par ailleurs, près de 13 % de cette même population a consulté relativement à ces manifestations soit **approximativement 23 000 personnes**. Cette proportion atteint 30 %* chez ceux présentant une détresse psychologique élevée.

Tableau 16.5

Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis au moins six mois, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Détresse psychologique	Secteurs de vie						Recours à une aide extérieure	
	Travail ou études		Vie familiale ou sentimentale		Activités sociales			
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Bas à moyen	7,2*	4,2 – 11,4	17,6	12,9 – 23,2	12,8*	8,7 – 17,8	6,1**	3,3 – 10,1
Élevé	44,4	34,7 – 54,2	54,0	44,3 – 63,6	43,9	34,2 – 53,6	29,8*	21,1 – 39,7
Total	**18,5**	**14,5 – 23,2**	**28,6**	**23,7 – 33,4**	**22,2**	**17,7 – 26,7**	**13,3**	**9,8 – 17,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Près de 8 % des gens considèrent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise. Toutefois, les résidents du territoire de la Mauricie se considèrent davantage en bonne santé mentale que ceux du Centre-du-Québec (76 % c. 66 %). La population plus âgée de ce premier territoire n'est peut-être pas étrangère à ce résultat.

Par ailleurs, les personnes insatisfaites de leur vie sociale, celles qui présentent des limitations d'activité ou celles qui ont des problèmes de santé de longue durée sont plus susceptibles d'avoir une moins bonne perception de leur santé mentale.

Au chapitre de la détresse psychologique élevée, les 15-24 ans connaissent les proportions les plus élevées et les femmes y seraient plus sujettes. Ces proportions ont chuté de 1992-1993 à 1998 pour passer de 27 % à 19 %, et ce, tant chez les hommes et les femmes, que pour les 15-24 ans et les 25-44 ans. La détresse psychologique est aussi davantage liée à l'absence de conjoint ou à une perception moins favorable de sa situation financière. De même, une moins grande satisfaction envers la vie sociale ou un soutien social moindre entraînent, en plus grande proportion, une détresse élevée. On constate aussi que plus la perception de la santé mentale ou de la santé physique se dégrade, plus le pourcentage d'indice élevé de détresse psychologique augmente. En outre, la présence et la quantité d'événements traumatisants antérieurs sont liés à une détresse psychologique élevée.

Au chapitre des conséquences, les personnes ayant une détresse psychologique élevée présentent des manifestations depuis plus longtemps, consultent davantage et voient leur vie active ou scolaire, sociale, familiale ou affective être davantage affectée que celles présentant une détresse psychologique faible ou moyenne.

CHAPITRE 17

IDÉES SUICIDAIRES ET PARASUICIDES

YVES PEPIN

Introduction

L'augmentation du taux de suicide au Québec demeure un sujet de préoccupation majeure. La problématique est encore plus marquée pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui connaît des taux de mortalité par suicide supérieurs à ceux du Québec. Toutefois, les seules données sur la mortalité ne permettent pas de saisir toute l'ampleur du problème. À cet égard, les enquêtes de Santé Québec permettent régulièrement d'estimer les idées suicidaires et les tentatives de suicide au sein de la population et de sous-groupes de cette dernière, d'une part, et de décrire l'évolution du phénomène à tous les cinq ans, d'autre part. Cette démarche répond de ce fait, à l'objectif 17 de la *Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)*, qui se propose de réduire de 15 % le nombre de tentatives de suicide d'ici 2002, et aux *Priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997)*.

L'objectif de ce chapitre est d'estimer, en premier lieu, la prévalence des idées suicidaires sérieuses au cours de l'année précédant l'enquête. *Les prévalences observées dans la présente enquête sont comparées à celles obtenues lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.* On analyse aussi les associations entre ces pensées suicidaires et les variables démographiques tels l'âge et sexe ainsi qu'avec la détresse psychologique et la perception de la santé mentale. Les tentatives de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête sont, par la suite, rapidement présentées. Toutefois, la faiblesse de l'échantillon régional pour cet aspect ne permet pas une analyse plus détaillée.

17.1 Aspects méthodologiques

17.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées dans le présent chapitre se trouvent à la section X du QAA qui porte sur le suicide. La question concernant les idées suicidaires se lit comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)? » (QAA141). Les tentatives de suicide sont mesurées par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? » (QAA144). Elles permettent d'estimer la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides au cours d'une période de 12 mois.

17.1.2 Comparaison avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Il est à signaler que par rapport à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, les questions sur les idées et les tentatives suicidaires au cours de la vie ont été retirées du questionnaire, mais les questions portant sur les idées et tentatives suicidaires au cours des douze derniers mois ont été maintenues.

17.1.3 Portée et limites des données

Puisque nous étudions ici deux facettes différentes du phénomène du suicide, les analyses distinguent les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant aussi déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces phénomènes est calculée sur la base de populations légèrement différentes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide. De la même façon, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Ce mode de calcul des prévalences entraîne une légère surestimation des taux de parasuicides et sous-estime les taux d'idées suicidaires. Il est à noter que la taille des effectifs limite l'interprétation de plusieurs variables.

17.2 Résultats

17.2.1 Idées suicidaires

Dans la région, 4 %* de la population de 15 ans et plus a eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois soit **approximativement 14 000 personnes** (tableau 17.1). Aucune différence selon le sexe n'est observée quant aux idées suicidaires. Les coefficients de variation rendent l'analyse selon l'âge périlleuse. Toutefois, les valeurs régionales indiquent une baisse non significative du taux des idées suicidaires selon l'âge qui passe de 11 %** chez les 15-24 ans à 3 %** chez les 25-44 ans et 1 %** chez les 45 ans et plus. Cette tendance va dans le sens des résultats du Québec.

Tableau 17.1

Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de douze mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et groupe d'âge	1987	1992-93	1998	
	%	%	%	IC
Hommes	2,5**	4,8*	3,4**	1,8 – 5,9
Femmes	2,0**	3,2*	4,0**	2,2 – 6,6
Sexes réunis				
15-24 ans	4,0**[b]	10,7*	10,8**	6,0 – 17,5
25-44 ans	2,8**	3,8*	3,1**	1,4 – 6,0
45 ans et plus	0,6**	1,6*	1,3**	0,4 – 3,3
Total	**2,2***	**4,0**	**3,7***	**2,4 – 5,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les données de 1998 présentent une augmentation des idées suicidaires chez les 15-24 ans de 1987 à 1998 qui passent de 4 %**à 11 %**, mais le taux est demeuré stable de 1992-1993 à 1998. Cette augmentation observée sur une période de dix ans pour la région, ne se retrouve pas de manière significative pour l'ensemble du Québec. Il est intéressant de rappeler que l'enquête de 1992-1993 avait déjà indiqué une augmentation des taux depuis 1987, non observée pour le Québec. Cependant, il est à noter que les coefficients de variation en cause rendent ces estimations très imprécises et elles ne sont fournies qu'à titre indicatif.

Les idées suicidaires sont davantage présentes chez les personnes présentant une détresse psychologique élevée (12 %* [6,9 – 18,7]) que chez celles présentant une détresse de niveau bas à moyen (2 %** [0,9 – 3,2]). De même, les personnes percevant leur état de santé mentale comme moyenne ou mauvaise indiquent en plus grande proportion des idées suicidaires que les personnes se voyant en excellente ou très bonne santé mentale (19 %** [8,7 – 32,5] c. 2 %** [1,0 – 3,7]). Là encore l'importance des coefficients de variation incite à la prudence, mais les résultats régionaux sont conformes à ceux observés pour l'ensemble du Québec (données non présentées).

17.2.2 Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête

La prévalence des parasuicides chez les 15 ans et plus au cours des 12 mois précédant l'enquête s'élève à moins de 1 %** [0,1 – 1,4] pour la région, soit **environ 2 000 personnes**. Il convient de rappeler que l'importance des coefficients de variation rend ces estimations fort imprécises et qu'elles ne sont fournies qu'à titre d'information. Toutefois, cette valeur est similaire à celle du

Québec. Les effectifs en cause ne permettent pas de pousser plus loin l'analyse pour des sous-populations.

Conclusion

De façon générale, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec ne se distingue pas de façon significative de celle du Québec quant à la présence d'idées suicidaires au cours des douze derniers mois.

Il est important de signaler que contrairement à l'ensemble du Québec, une augmentation des idées suicidaires chez les jeunes adultes de 15-24 ans est observée entre 1987 à 1998 (le pourcentage passant de 4 % à 11 %). Une hausse avait déjà été observée de 1987 à 1992-1993. Les coefficients de variation en cause incitent toutefois à la prudence, ce résultat pouvant être attribuable au seul hasard. Toutefois, tenant compte que la situation est demeurée stable depuis l'enquête 1992-1993 et considérant que la problématique de la mortalité par suicide est plus élevée pour notre région, on ne peut exclure que nous sommes en présence d'une situation réelle qui mérite investigation.

Les idées suicidaires sont davantage présentes chez les 15-24 ans, les personnes présentant une détresse psychologique élevée et chez les personnes percevant leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Par ailleurs, aucune différence significative n'est observée avec le Québec quant à la proportion de parasuicides au cours des douze derniers mois précédant l'enquête pour notre région.

CHAPITRE 18

INCAPACITÉ ET LIMITATIONS D'ACTIVITÉ

YVES PEPIN

Introduction

L'état de santé d'une population se mesure non seulement par la prévalence de problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. Cette préoccupation est présente dans la *Politique de la santé et du bien-être* qui veut, notamment, réduire les situations de handicap de la population présentant des incapacités.

La connaissance de la prévalence de ces problèmes contribue donc à l'efficacité des mesures à prendre. À cet égard, l'enquête sociale et de santé permet de connaître une des composantes principales de l'autonomie fonctionnelle de la population en ménage privé en mesurant les journées moyennes d'incapacité et leur évolution. Elle informe, en outre, sur les limitations d'activité à long terme ainsi que sur les causes de ces celles-ci. Les résultats relatifs aux journées moyennes d'incapacité et aux limitations d'activité à long terme font aussi l'objet d'une comparaison avec les enquêtes de 1987 et de 1992-1993

18.1 Aspects méthodologiques

18.1.1 Indicateurs

Les questions sur les incapacités proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), soit de la section I portant sur les incapacités pour raisons de santé au cours des deux dernières semaines et de la section II touchant la limitation d'activité à cause d'un problème de santé ou d'une maladie chronique ou mentale. Les informations sur les journées moyennes d'incapacité font référence à toutes les pertes d'autonomies fonctionnelles peu importe leur durée (court, moyen ou long terme). Par contre, les données sur la limitation d'activité impliquent davantage une perte d'autonomie à long terme.

Les incapacités peuvent être lourdes, modérées ou légères. Les journées d'incapacité lourde, soit celles ayant entraîné un alitement, sont tirées de la question QRI1, les journées d'incapacité modérée (celles qui ont empêché les personnes de se rendre au travail, à l'école ou de tenir maison, sans compter les journées où elles ont été alitées) proviennent de la question QRI2 et les journées d'incapacité légère qui impliquent qu'une modération des activités sont obtenues par la question QRI3. Le nombre total de jours d'incapacité (question QRI4) s'obtient par la somme des journées d'incapacité peu importe l'intensité. La moyenne annuelle est obtenue en multipliant par 26 le

nombre de journées d'incapacité déclarées dans les deux semaines précédant l'enquête. Elle ne s'applique qu'à l'ensemble de la population et non aux individus.

Les questions QRI7 et QRI8 permettent de connaître la prévalence des limitations d'activité à long terme à cause d'une maladie chronique ou mentale ou d'un problème de santé. La question QRI12 fait état du principal problème de santé à l'origine des incapacités et la question QRI13 permet de savoir s'il s'agit d'une cause accidentelle ou non. Les problèmes de santé ont été divisés en six catégories : les problèmes ostéo-articulaires, les problèmes respiratoires, les traumatismes, les problèmes mentaux, les problèmes cardiovasculaires et les autres problèmes.

18.1.2 Portée et limites des données

Des limites sont rencontrées dû au fait de la faiblesse des effectifs qui rendent les différences peu significatives. Par ailleurs, les résultats ne sont pas ajustés pour l'âge. De plus, il faut rappeler que les personnes âgées en centre d'accueil, qui présentent généralement des incapacités importantes, sont exclues de l'enquête. Pour plus d'information sur les limites et méthodes, le lecteur est prié de consulter le rapport provincial.

18.2 Résultats

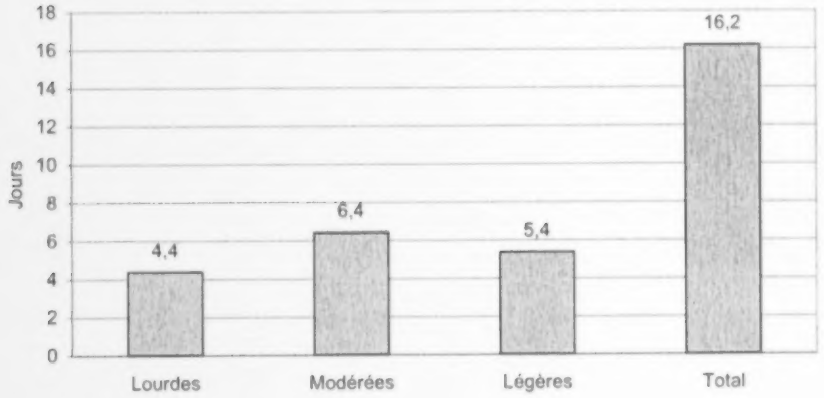
18.2.1 Journées d'incapacité

Pour notre région, en 1998, la moyenne annuelle de nombre de journées d'incapacité est estimée à 16 jours (figure 18.1). Ce résultat se compare à celui de l'ensemble du Québec.

Ces jours d'incapacité se répartissent comme suit : 4 jours d'incapacité lourde (qui implique un alitement), 6 jours d'incapacité modérée (où la personne n'a pu aller travailler, aller à l'école ou bien de tenir maison) et, finalement, 5 autres jours d'incapacité légère qui ont seulement entraîné une modération des activités.

Figure 18.1

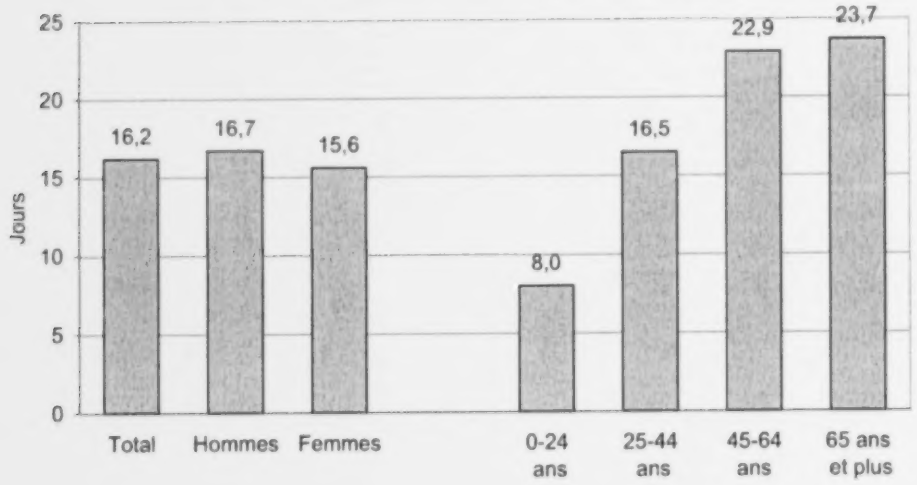
Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Aucune différence significative de jours d'incapacité n'est observée selon le sexe en Mauricie et au Centre-du-Québec, contrairement aux données québécoises qui indiquent que les femmes sont davantage touchés que les hommes (figure 18.2). Les données régionales présentent un lien selon l'âge voulant que la population plus jeune connaisse moins de jours d'incapacité au cours d'une année que leurs aînés, mais la fragilité des estimations selon l'âge pour la région ne permet guère d'aller au-delà de la constatation que la tendance provinciale se retrouve aussi pour notre région. De façon générale, l'imprécision des valeurs selon l'âge et le sexe et selon l'intensité de l'incapacité pour la région ne permet pas de pousser plus loin les analyses selon le genre d'incapacité, la durée, l'origine, la cause ou les caractéristiques socioéconomiques. Il est donc recommandé de se référer au rapport provincial si l'on désire obtenir davantage d'information sur ces dimensions.

Figure 18.2

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Les résultats de la Mauricie et du Centre-du-Québec n'indiquent aucun changement quant au nombre moyen de jours d'incapacité, peu importe son intensité, entre les trois dernières enquêtes sociales et de santé. Toutefois, le nombre total de jours d'incapacité apparaît, à l'instar du Québec, suivre une tendance à la hausse de 1987 à 1998 pour passer de 14 à 16 jours (données non présentées).

18.2.2 Limitations d'activité à long terme

Au chapitre des taux de limitation d'activité, la région avec une proportion de 10 % [8,9 – 11,9] ne s'éloigne pas significativement parlant du taux québécois (tableau 18.1). On estime à **46 000 approximativement le nombre de personnes** présentant une limitation d'activité au sein des ménages privés en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Par ailleurs, on ne peut affirmer, comme pour le Québec, que les taux de limitations d'activité des femmes de la Mauricie et du Centre-du-Québec soient significativement supérieurs à ceux des hommes. La limitation d'activité est associée à l'âge, les 45-64 ans et les 65 ans et plus présentent des proportions significativement supérieures (respectivement 17 % et 23 %*) à celles des 0-24 ans et des 25-44 ans (3 %** et 6 %*).

Tableau 18.1

Limitation des activités selon le sexe et l'âge
Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Limitation des activités		Aucune limitation	
	%	IC	%	IC
Hommes	9,5	7,0 – 12,5	90,5	87,5 – 93,0
Femmes	10,2	7,6 – 13,2	89,9	86,8 – 92,4
Sexes réunis				
0-24 ans	2,5**	1,1 – 4,9	97,5	95,1 – 98,9
25-44 ans	6,4*	3,8 – 9,9	93,6	90,1 – 96,2
45-64 ans	17,4	12,7 – 22,9	82,6	77,1 – 87,3
65 ans et plus	22,5*	15,3 – 31,1	77,5	68,9 – 84,7
Total	**9,8**	**8,0 – 11,9**	**90,2**	**88,1 – 92,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

De façon générale, on n'observe aucune modification significative de la proportion de la population présentant une limitation des activités entre les trois dernières enquêtes, à l'exception d'une augmentation de la proportion de 7 % à 10 % chez les femmes de 1987 à 1998 attribuable au vieillissement de la population (tableau 18.2).

Tableau 18.2

Limitation des activités selon le sexe et l'âge
Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

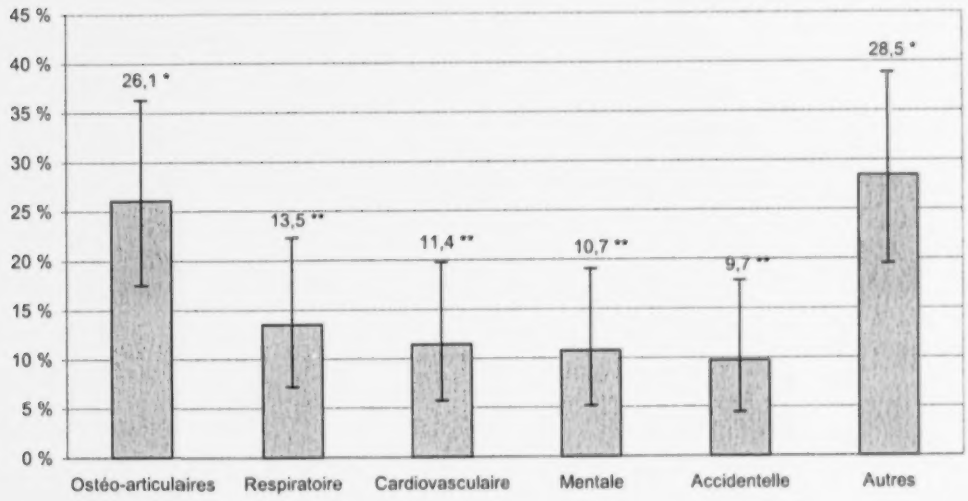
Sexe et groupe d'âge	1987 %	1992-1993 %	1998 %
Hommes	8,0	7,7	9,5
Femmes	6,6 [b]	8,8	10,2
Sexes réunis			
0-24 ans	3,2*	2,6**	2,5**
25-44 ans	6,9*	7,8	6,4*
45-64 ans	12,3	11,3	17,4
65 ans et plus	13,2*	20,3	22,5*
Total	**7,3**	**8,3**	**9,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'importance des coefficients de variation pour la région ne permet guère de conclure de façon certaine quant aux principaux problèmes de santé ayant entraîné la limitation (figure 18.3). Notons, néanmoins, qu'aucune différence significative avec le Québec n'est observée quant aux proportions affichées et que pour la province, les maladies ostéo-articulaires **(environ 12 000 personnes)** constituent le premier problème de santé à l'origine d'une limitation d'activité devant les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Figure 18.3

Causes des limitations d'activité, personnes avec limitations d'activité vivant en ménage privé, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Environ 18 %* [10,6 – 27,6] des limitations d'activité ont une origine accidentelle, soit **approximativement 8 000 personnes**; il s'agit de la même tendance que pour le Québec (données non présentées).

Conclusion

Les résultats de la région n'affichent aucun écart significatif avec le Québec et suivent, même si les différences ne peuvent être interprétées régionalement, les tendances provinciales.

La moyenne annuelle de nombre de jours d'incapacité est estimée à 16 jours. Ce nombre moyen de jours d'incapacité est lié à l'âge, les plus jeunes en présentant moins que la population plus âgée. Aucune évolution significative de nombre de jours d'incapacité n'apparaît entre les trois enquêtes de 1987, 1992-1993 et 1998.

Près de 10 % de la population présente des limitations d'activité à long terme. Cette limitation d'activité a peu bougé entre les trois dernières enquêtes. Toutefois, par rapport à 1987, plus de femmes présentent une limitation d'activité en 1998 attribuable probablement au vieillissement. Finalement, moins d'une limitation d'activité sur six est de cause accidentelle.

CHAPITRE 19

RECOURS AUX SERVICES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

SYLVIE BERNIER

Introduction

Le recours aux services de santé peut être considéré comme un déterminant de la santé. Dans un régime universel d'assurance maladie comme celui dont le Québec s'est doté, on doit se questionner à savoir si les individus ont accès aux services dont ils ont besoin pour faire face à leurs problèmes de santé.

L'enquête contient des renseignements sur le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux que ne peuvent fournir les banques de données provenant de fichiers administratifs. Ces données permettent aussi de suivre l'évolution du niveau d'utilisation des services sociaux et de santé depuis l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Dans le présent chapitre, on analyse le recours aux services de professionnels, de façon générale, en examinant le taux de consultation d'au moins un professionnel, puis en distinguant les médecins des autres professionnels et en précisant le type de professionnels lorsque cela s'avère pertinent. Les résultats sont analysés selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, scolarité relative, niveau de revenu) et d'après certains indicateurs de l'état de santé de la population (nombre de problèmes de santé, détresse psychologique, perception de l'état de santé physique et mentale). Les modalités d'accès aux services des médecins (consultation avec ou sans rendez-vous) et l'accessibilité géographique (distance parcourue) ainsi que la satisfaction de la population face aux services de santé sont également traités.

19.1 Aspects méthodologiques

19.1.1 Indicateurs

Les données relatives au présent chapitre sont tirées des sections III (recours aux services de santé ou aux services sociaux) et IX (questions sur les problèmes de santé déclarés) du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI16 à 32), lequel concernait l'ensemble de la population. La question sur la satisfaction au sujet des services de santé est tirée du questionnaire autoadministré (QAA238) et concerne donc les 15 ans et plus. La mesure du recours aux professionnels de la santé se fonde principalement sur le taux de consultation au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Il s'agit du pourcentage de la population totale qui s'est adressée à un professionnel de la santé. D'autre part, les données relatives au lieu et au motif de consultation ne portent que sur la dernière consultation d'un professionnel.

19.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La formulation des questions portant sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé est la même que celle des deux enquêtes précédentes. Cependant, des différences sont à noter en ce qui concerne les types de professionnels. Ces modifications ne touchent pas le taux global de consultation mais rendent difficile la comparaison par type de professionnels autres que les médecins. Par ailleurs, l'ajout de la catégorie « pharmacie » dans la liste des lieux de consultation rend difficile la comparaison avec les données des deux enquêtes précédentes. Les données de l'enquête contiennent aussi des renseignements absents des deux enquêtes précédentes sur les modalités d'accès aux services des médecins (consultation avec ou sans rendez-vous) et elles permettent aussi d'identifier un plus grand nombre de types de professionnels.

Enfin, il faut souligner que les taux obtenus dans les trois enquêtes ne sont pas standardisés, et, par conséquent, ne tiennent pas compte du vieillissement de la population qui entraîne des besoins plus grands.

19.1.3 Portée et limites des données

Il existe une possibilité de sous-déclaration plus importante chez les personnes en bonne santé que chez celles en mauvaise santé. Par contre, la sous-déclaration semble compensée par une certaine surdéclaration, c'est-à-dire le fait d'avoir mentionné des consultations qui n'ont pas eu lieu au cours de la période. Il faut donc interpréter avec prudence la comparaison des taux selon l'état de santé.

Le fait d'utiliser la consultation au cours de deux semaines comme mesure du recours aux services a l'avantage de réduire les biais de mémoire mais ne permet pas de mesurer l'ensemble de l'utilisation des services au cours d'un épisode de maladie comme lors d'une hospitalisation par exemple. Durant cet épisode de soins, les répondants peuvent sous-estimer les consultations de spécialistes pour fin d'examens médicaux ou pour les chirurgies. Ainsi, une des conséquences de ce phénomène est que les données de l'enquête donnent un portrait qui sous-estime l'importance de la consultation des médecins par rapport aux autres types de professionnels.

Pour plus d'information sur la méthodologie, veuillez consulter le chapitre 19 du rapport provincial.

19.2 Résultats

19.2.1 Taux de consultation des professionnels

Variations selon l'âge et le sexe

En Mauricie et au Centre-du-Québec, près d'une personne sur quatre (24 %) a consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 19.1). Ce qui représente **approximativement 114 000 individus**. Les professionnels les plus souvent consultés

sont par ordre d'importance : le médecin généraliste (11 %), le médecin spécialiste (4 %*) le pharmacien (4 %*) et le dentiste (3 %*). Médecins et professionnels autre que les médecins sont consultés par une proportion semblable de la population soit, 14 % et 15 % respectivement.

Tableau 19.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Type de professionnel	1998	
	%	IC
Médecin (généraliste ou spécialiste)	**13,5**	**11,3 – 15,7**
Médecin généraliste	10,5	8,6 – 12,5
Médecin spécialiste	4,3*	3,1 – 5,8
Professionnel autre qu'un médecin	**14,5**	**12,2 – 16,7**
Pharmacien	4,1*	2,9 – 5,6
Dentiste	2,9*	1,9 – 4,2
Optométriste ou opticien	1,7*	1,0 – 2,8
Infirmière	1,7*	1,0 – 2,7
Physiothérapeute ou ergothérapeute	1,6**	0,9 – 2,6
Chiropraticien	1,8*	1,1 – 2,9
Acupuncteur	0,1**	0,0 – 0,5
Autre praticien de médecine non traditionnelle	1,0**	0,5 – 1,9
Travailleur social	1,3**	0,7 – 2,3
Psychologue	0,9**	0,4 – 1,7
Diététiste	0,2**	0,0 – 0,7
Autre professionnel	0,6**	0,2 – 1,3
Au moins un professionnel	**24,2**	**21,5 – 27,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Ce sont les jeunes de 15-24 ans qui ont consulté dans une proportion moindre (18 %) alors que les personnes âgées de 65 ans et plus ont consulté dans une plus grande proportion (34 %). Par ailleurs, les femmes consultent dans une proportion plus forte que les hommes (26 % c. 22 %). Le taux de consultation des femmes est plus élevé en ce qui concerne autant les médecins que les non-

médecins. Le recours aux médecins est plus important chez les âgés. Cependant le recours aux autres professionnels de la santé varie peu selon l'âge. Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives pour notre région mais le sont avec les données provinciales (tableau 19.2).

Tableau 19.2

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Au moins un professionnel		Médecin		Professionnel autre qu'un médecin	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	22,0	18,3 – 25,8	12,6	9,8 – 16,0	13,2	10,3 – 16,6
Femmes	26,4	22,4 – 30,4	14,4	11,4 – 17,9	15,7	12,5 – 19,3
Sexes réunis						
0-14 ans	20,7*	14,9 – 27,5	9,6*	5,6 – 15,1	14,9*	9,9 – 21,1
15-24 ans	17,7*	11,7 – 25,1	9,0**	4,8 – 15,1	11,1*	6,4 – 17,6
25-44 ans	23,5	18,6 – 28,5	11,1*	7,7 – 15,4	16,4	12,2 – 21,2
45-64 ans	26,7	21,0 – 32,4	18,0	13,2 – 23,6	13,1	9,0 – 18,1
65 ans et plus	33,8	25,2 – 42,4	21,6*	14,5 – 30,1	16,0	10,0 – 23,9
Total	**24,2**	**21,5 – 27,0**	**13,5**	**11,3 – 15,7**	**14,5**	**12,2 – 16,7**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comparaison avec les enquêtes antérieures de Santé Québec.

L'augmentation observée du taux de consultation d'au moins un professionnel qui est passé entre 1987 et 1992-1993 de 21 % à 24 % ne s'est pas poursuivie. Par conséquent, en 1998, ce taux de consultation est demeuré le même qu'en 1992-1993. Il en est de même pour le taux de consultation d'un professionnel autre qu'un médecin qui est passé d'environ 11 % en 1987 à 15 % en 1992-1993 et qui se chiffre à la même valeur en 1998.

Tableau 19.3

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Type de professionnel	1987	1992-1993	1998
	%	%	%
Médecin (généraliste ou spécialiste)	12,5	13,7	13,5
Médecin généraliste	9,9	10,4	10,5
Médecin spécialiste	3,7	4,7	4,3*
Autre professionnel	10,8[b]	14,8	14,5
Au moins un professionnel	21,3	24,2	24,2

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.* Institut de la statistique du Québec, Enquête *sociale et de santé 1998.*

Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques et selon certains indicateurs de l'état de santé.

Les résultats provinciaux de l'enquête montrent qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le niveau de revenu des personnes et leur taux de consultation. Cependant dans notre région, on remarque un taux de consultation d'au moins un professionnel de la santé plus élevé chez les très pauvres et les pauvres (32,7 % [25,9 – 39,6] comparativement à 21,8 % [18,5 – 25,0]) chez les mieux nantis (données non présentées). Au niveau de la scolarité, on observe dans la région la même relation qu'au niveau provincial sans toutefois être significative. Les personnes à niveau de scolarité plus élevé consultent en plus grande proportion que celles de niveau plus faible de scolarité soit 26 % [21,7 – 30,5] et 22 % [17,3 – 26,1] respectivement (données non présentées). Selon le rapport provincial, cet écart est surtout dû à la consultation d'autres professionnels que les médecins.

Un tiers (33 %) des personnes ayant un problème de santé chronique ont consulté alors que c'est le cas pour 14 % qui disent n'avoir aucun problème de santé chronique (tableau 19.4). Le niveau de détresse psychologique influence le recours aux professionnels de la santé. Ainsi, parmi la population de 15 ans et plus de la région, les personnes ayant un indice de détresse psychologique élevé ont consulté dans une proportion de près de 27 % comparativement à 23 % pour le reste de la population. Cela se reflète autant sur la consultation des médecins que des non-médecins. Encore une fois, les résultats n'atteignent pas le seuil de signification statistique mais suivent la tendance provinciale. La perception d'un état de santé moyen ou mauvais influence aussi, le recours aux services. Les personnes de 15 ans et plus qui se disent en excellente ou très bonne santé ont

consulté dans une proportion de 17 % comparativement à 46 % chez celles déclarant un état de santé moyen ou mauvais. Cet écart est plus frappant pour la consultation des médecins mais est quand même présent pour les non-médecins.

Également, toujours chez les 15 ans et plus, la perception de l'état de santé mentale a une influence sur le taux de consultation. Les données régionales ne permettent pas de démontrer un écart significatif à cause des petits effectifs mais sont confirmées par la tendance provinciale. Ainsi, les gens présentant une excellente ou très bonne santé mentale ont un taux de consultation d'environ 23 % alors que ceux déclarant une santé mentale moyenne ou mauvaise ont un taux de consultation de 27 %*. Cette influence se fait autant pour la consultation d'un médecin que celle d'un non-médecin.

Tableau 19.4

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines, selon certains indicateurs de santé, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Indicateur	Au moins un professionnel		Médecin		Professionnel autre qu'un médecin	
	%	IC	%	IC	%	IC
Nombre de problèmes de santé chronique						
Aucun	14,0	10,9 – 17,6	7,6*	5,3 – 10,5	7,6*	4,9 – 11,2
Un problème et plus	33,3	29,2 – 37,5	18,8	15,4 – 22,5	17,2	13,8 – 21,1
Indice de détresse psychologique[1]						
Bas à moyen	22,9	19,4 – 26,3	13,8	11,1 – 16,9	12,1	9,4 – 15,3
Élevé	27,0	19,8 – 35,2	15,6*	9,9 – 22,7	18,8*	12,2 – 26,9
Perception de l'état de santé[1]						
Excellent / très bon	17,4	13,8 – 21,5	9,7*	7,0 – 13,0	9,7*	7,0 – 13,0
Bon	26,1	20,4 – 31,8	13,6*	9,4 – 18,7	17,1	12,5 – 22,6
Moyen / mauvais	45,8	35,5 – 56,6	34,9	25,1 – 44,8	17,8*	10,6 – 27,2
Perception de l'état de santé mentale[1]						
Excellent / très bon	22,9	19,3 – 26,5	14,2	11,3 – 17,5	12,0	9,2 – 15,4
Bon	25,7	18,9 – 33,5	14,0*	8,9 – 20,6	16,5*	10,6 – 24,0
Moyen / mauvais	27,3	15,7 – 41,6	17,5**	8,3 – 30,7	18,0**	8,2 – 32,4

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
1. Population de 15 ans et plus.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

19.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation

Dans la région, parmi les gens qui ont consulté, 14 %* [9,9 – 19,4] l'on fait à des fins préventives (prévention et examens de routine) et 86 % [80,7 – 90,1] ont eu une consultation pour d'autres motifs. Pour l'ensemble du Québec, ces proportions sont respectivement de 23,1 % [21,8 – 24,5] et de 76,9 % [75,5 – 78,2] (données non présentées). **Entre 1987 et 1998, la proportion d'individus consultant pour la prévention ou un examen de routine a diminué dans la région. Elle était de 25 % en 1987. Cette baisse n'a pas été notée au niveau provincial.**

19.2.3 Lieu de la dernière consultation

Plus de la moitié (57 %) de ces consultations ont eu lieu en cabinet privé. La pharmacie est le second lieu privilégié. Il est par la suite difficile de discriminer entre les différents lieux de consultation dans la région à cause des effectifs trop petits et des coefficients de variations trop importants. Le tableau 19.5 donne la liste des lieux de consultation surtout à titre indicatif.

Environ 73 % des consultations de médecin ont lieu en bureau privé. Parmi les personnes qui ont consulté un médecin dans un bureau privé, un CLSC ou une clinique externe dans un centre hospitalier, 64 % [54,1 – 74,1] avaient pris un rendez-vous (données non présentées).

Tableau 19.5

Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Lieu de consultation	%	IC
Bureau privé	56,6	47,5 – 65,7
CLSC	5,6**	2,2 – 11,6
Clinique externe dans un centre hospitalier	5,4**	2,1 – 11,3
Urgence dans un centre hospitalier	1,0**	0,0 – 5,1
Pharmacie	15,9*	9,8 – 23,9
Maison	7,7**	3,6 – 14,2
École	1,7**	0,2 – 6,2
Travail	1,1**	0,1 – 5,1
Téléphone	2,5**	0,5 – 7,3
Autre	2,4**	0,4 – 7,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

19.2.4 Satisfaction des services de santé offerts dans sa région

Parmi la population des 15 ans et plus, 73 % des gens se disent très satisfaits ou assez satisfaits tandis que 27 % sont peu ou pas satisfaits des services (tableau 19.6).

La satisfaction au sujet des services de santé a été examinée selon certaines variables sociodémographiques et de santé. Les résultats régionaux ne montrent pas de relation statistiquement significative. Cependant, si l'on se fie aux tendances provinciales qui profitent d'un échantillon plus grand, les seules variables qui semblent avoir un lien avec la satisfaction sont la scolarité et la perception de l'état de santé mentale.

Tableau 19.6

Satisfaction de la population des 15 ans et plus vis-à-vis les services de santé, selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et certains indicateurs de santé, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe / groupe d'âge / indicateur	Très et assez satisfait		Peu ou pas satisfait	
	%	IC	%	IC
Hommes	70,6	65,8 – 75,3	29,4	24,7 – 34,2
Femmes	75,5	71,1 – 79,9	24,5	20,1 – 28,9
Sexes réunis				
15-24 ans	76,5	68,2 – 83,5	23,5*	16,5 – 31,8
25-44 ans	69,7	64,2 – 75,3	30,3	24,7 – 35,8
45-64 ans	74,4	68,6 – 80,2	25,6	19,8 – 31,4
65 ans et plus	74,5	65,2 – 82,4	25,5*	17,6 – 34,8
Total	**73,1**	**69,5 – 76,6**	**26,9**	**23,4 – 30,5**
Scolarité relative				
Faible	71,2	66,3 – 76,1	28,8	23,9 – 33,7
Élevée	74,4	70,0 – 78,8	25,6	21,2 – 30,0
Perception de l'état de santé mentale				
Excellent / très bon	76,1	72,4 – 79,8	23,9	20,2 – 27,6
Bon	64,8	57,0 – 72,5	35,2	27,5 – 43,0
Moyen / mauvais	64,3	49,4 – 77,5	35,7*	22,5 – 50,6
Consultation d'un professionnel				
Oui	71,2	63,8 – 77,8	28,8	22,3 – 36,2
Non	73,6	69,9 – 77,4	26,4	22,7 – 30,1

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Une plus grande proportion (29 %) de gens de niveau de scolarité faible sont peu ou pas satisfaits des services de santé comparativement aux plus scolarisés (26 %). La proportion d'insatisfaits est plus élevée chez les gens prétendant avoir un état de santé mentale moyen ou mauvais (36 % c. 24 %) chez les gens disant avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Notons, qu'il n'y a pas de différence dans la satisfaction face aux services de santé que l'on ait consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

19.2.5 Accessibilité géographique

Parmi les personnes qui ont consulté, au moins un médecin généraliste au cours des deux semaines précédant l'enquête, 90 % [82,5 – 95,3] des trajets pour se rendre au lieu de consultation était de 20 km et moins, ce qui est comparable aux résultats provinciaux.

Conclusion

Les résultats de l'enquête montrent qu'en 1998, près du quart des individus demeurant en ménage privé ont consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les gens ont recours autant aux non-médecins qu'aux médecins dans le réseau des services sociaux et de santé. Cependant, comme il a déjà été mentionné, il faut tenir compte que le taux de consultation des médecins est sans doute sous-estimé. Les principaux facteurs qui influencent la consultation d'un professionnel de la santé sont : la présence d'un ou plusieurs problèmes de santé chronique, la perception d'un état de santé physique ou mentale moyen ou mauvais ainsi qu'un indice de détresse psychologique élevé. C'est cependant chez les personnes ayant une mauvaise perception de leur état de santé qu'on note un recours aux services plus important et ce particulièrement auprès des médecins.

Dans la région, la consultation d'un professionnel de la santé (médecins et autres) pour la prévention ou pour un examen de routine est plus faible que pour l'ensemble du Québec. Elle aurait diminué entre 1987 et 1998. Cette diminution n'a pas été observée pour le reste de la province. Les effectifs trop restreints de l'échantillon de l'enquête ne permettent pas de pousser l'analyse pour examiner ce phénomène selon le type de professionnel.

Les femmes et les personnes de 65 ans et plus recourent plus que les autres groupes aux services de professionnels de la santé. Mais il faut rappeler ici que la comparaison des taux de consultation sur une période de deux semaines ne permet de mesurer ni la nature, ni l'intensité des services. L'utilisation des données de la RAMQ sur le volume et le type d'actes effectués auprès des patients et des données d'hospitalisation permettent de mieux tenir compte de ces phénomènes si on veut comparer le niveau d'utilisation de services entre différents groupes d'individus.

Les gens plus scolarisés consultent un peu plus et ont recours en plus grande proportion à des professionnels autres que médecins. Une constatation plus inquiétante, mentionnée dans le rapport provincial, est le fait que le recours aux médecins ne soit pas plus élevé chez les personnes pauvres et très pauvres bien que, dans le chapitre 13, touchant les problèmes de santé, on voit que ce sont

ces personnes qui ont le plus de problèmes. Il y a donc lieu de s'inquiéter au sujet de l'accès aux services médicaux pour les plus défavorisés. Mince consolation, dans notre région, les personnes pauvres et très pauvres semblent consulter en plus grande proportion que les personnes des autres classes de revenu.

Les indicateurs sur les modalités d'accès aux services médicaux que fournit l'*Enquête sociale et de santé 1998* montrent pour notre région que, dans plus de six cas sur dix, la consultation d'un médecin généraliste se fait sur rendez-vous. Aussi, près de 90 % des gens, qui ont consulté un médecin généraliste, ont fait un trajet de 20 km ou moins pour se rendre au lieu de consultation. Finalement, les trois quarts de la population sont satisfaits des services de santé.

CHAPITRE 20

RECOURS AUX HOSPITALISATIONS, À LA CHIRURGIE D'UN JOUR ET AUX SERVICES POSTHOSPITALIERS

CHRISTINE ROSS

Introduction

Depuis les années 1970, l'organisation des services sociaux et de santé et l'utilisation de ces services sont des facteurs reconnus pour influencer l'état de santé d'une population.

Les récentes transformations du système de santé et de services sociaux ont particulièrement touché le secteur hospitalier. La diminution de la période de temps passée à l'hôpital et une plus grande utilisation de la chirurgie d'un jour constituent des modifications de l'offre de services des centres hospitaliers partout au Québec. De façon complémentaire, les services posthospitaliers se sont développés en CLSC afin de supporter le plus adéquatement possible les personnes touchées par ces modifications de services. L'intérêt d'analyser ces modifications réside dans l'importance d'avoir une meilleure connaissance des personnes concernées par ces changements et dans le fait qu'elles laissent supposer des répercussions sur les malades et leurs proches, ces derniers devant contribuer à la prestation de services et au recouvrement de la santé.

Les données provinciales de l'Enquête sociale et de santé 1998 permettent d'aller plus loin dans la compréhension des facteurs associés au recours à la chirurgie d'un jour, à l'hospitalisation et aux services posthospitaliers par les profils des utilisateurs, les estimations du recours aux services à domicile (nature et source d'aide), la perception des individus de la rapidité d'accès, de la suffisance de temps de séjour hospitalier ou de l'aide à domicile reçue et de l'à-propos du recours à la chirurgie d'un jour.

Malheureusement, les données régionales ne permettent d'établir que l'ampleur du recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation et non du recours aux services posthospitaliers, ni de discuter des autres éléments décrits dans le rapport provincial. Le lecteur est donc invité à consulter le document provincial pour une meilleure connaissance de ce changement dans l'offre de services.

20.1 Aspects méthodologiques

20.1.1 Indicateurs

Le recours à la chirurgie d'un jour est mesuré par la proportion de personnes dans la population qui, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, ont été traitées à l'hôpital pour une chirurgie sans y avoir séjourné la nuit (QRI105). Le recours à l'hospitalisation représente la proportion des

personnes qui, toujours au cours des douze mois précédant l'enquête, ont passé au moins une nuit à l'hôpital et ce, quelle que soit la raison de ce séjour (QRI118).

20.1.2 Portée et limites des données

Le recours à l'hospitalisation a été abordé en 1987 mais les questions étant formulées de façon différente, toute comparaison avec la présente enquête devient impossible.

Selon la validation réalisée au niveau provincial, la mesure du recours à l'hospitalisation ne semble pas affectée par un biais de déclaration pouvant être associé à une information faisant appel à la mémoire du répondant. Le recours à l'hospitalisation déclaré dans l'enquête est sensiblement le même que le recours observé dans le fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO), lorsque l'unité considérée est le nombre de personnes et que l'ensemble des causes d'hospitalisations est pris en considération.

Par ailleurs, toujours selon la validation provinciale, la proportion du recours à la chirurgie d'un jour est légèrement supérieure dans l'enquête comparativement à celle du fichier MED-ECHO. Cette différence pourrait être attribuable au fait que les opérations réalisées en cliniques externes ne sont pas considérées comme chirurgie d'un jour dans le fichier MED-ECHO, alors que le répondant les a inclus dans ce type de services. Pour plus d'information concernant les aspects méthodologiques, voir le chapitre 20 du rapport provincial.

20.2 Résultats

En Mauricie et au Centre-du-Québec, 5 % de la population déclare avoir été traitées en chirurgie d'un jour en 1998, soit **approximativement 23 000 personnes** (tableau 20.1).

Par ailleurs, 7 % des personnes de la région Mauricie et Centre-du-Québec ont vécu au moins une hospitalisation au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion représente environ 33 000 personnes dans la région.

Tableau 20.1

Personnes qui, au cours de la dernière année, ont été traitées en chirurgie d'un jour ou ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, Québec, 1998

	Région		Québec	
	%	IC	%	IC
Personnes traitées en chirurgie d'un jour	5,0	3,7 – 6,6	4,2	3,8 – 4,5
Personnes hospitalisées	7,0	5,4 – 8,8	6,3	6,0 – 6,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

La conclusion du chapitre provincial présente la synthèse des résultats obtenus. Cette conclusion est rapportée intégralement dans le présent rapport régional pour le lecteur qui voudrait avoir une idée rapide de ces principaux résultats inédits. Pour la version complète du chapitre, veuillez vous référer au rapport général de l'enquête : (TRAHAN, L. ; BÉGIN, P. et PICHÉ J., 2000) « Recours à l'hospitalisation à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers » dans Enquête sociale et de santé 1998, Québec Institut de la statistique du Québec, chapitre 20.

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête montrent que 6 % de la population québécoise a été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année et que 4,2 % a été traitée en chirurgie d'un jour. L'état de santé est la variable qui influence le plus le recours aux services de santé. L'enquête confirme également les résultats de plusieurs études quant au lien existant entre un recours plus fréquent à l'hospitalisation et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques comme un âge plus avancé, une plus faible scolarisation et un revenu moindre.

Les délais d'attente avant l'admission à l'hôpital sont beaucoup moins longs pour les personnes hospitalisées que pour celles traitées en chirurgie d'un jour. Ces deux types de clientèle ne sont toutefois pas comparables. Une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée des personnes arrivant à l'urgence dans un état de santé qui requiert une hospitalisation immédiate. On ne peut donc pas conclure que les délais d'attente de la chirurgie d'un jour sont pires que ceux de l'hospitalisation. Par ailleurs, on doit souligner que les délais d'attente ne varient pas en fonction de la scolarité, ce qui indique que les personnes moins scolarisées ne subissent pas des délais plus longs que les personnes davantage scolarisées. Il s'agit là d'un aspect de l'équité d'accès aux services auquel notre système de soins semble répondre favorablement. Il faut toutefois interpréter ce résultat avec prudence, compte tenu que la faible taille de l'échantillon des personnes hospitalisées ne permet pas une grande précision statistique.

Les questions portant sur l'utilisation des services à domicile après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour fournissent des renseignements intéressants à propos de l'aide reçue et des sources d'aide, d'autant plus que, jusqu'à présent, le sujet a été peu couvert par la littérature. Une plus grande proportion de personnes ayant été hospitalisées que de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ont recours aux services posthospitaliers à domicile, situation concevable dans la mesure où l'on estime que leur condition physique est plus fragile que celle des individus traités en chirurgie d'un jour, et leur convalescence, un peu plus longue. Dans les deux cas, le recours aux traitements (ex. : pansement, injection, etc.) est moins important que le recours à l'aide (ex. : soins personnels, entretien ménager, etc.).

La famille et les proches sont la source principale d'assistance personnelle tant pour les personnes hospitalisées que pour celles ayant subi une chirurgie d'un jour. Par contre, pour ce qui est des traitements, les proches jouent un rôle important auprès des personnes traitées en chirurgie d'un jour

tandis que, chez celles qui ont été hospitalisées, les CLSC participent davantage. Le fait que le patient doit être accompagné par une personne responsable pour être admissible à la chirurgie d'un jour (Brosseau et Héroux, 1995), et que cette personne est le plus souvent un membre de la famille ou un proche, peut sans doute expliquer la participation importante de ces derniers tant aux traitements qu'à l'aide à domicile.

L'enquête n'a pas permis de dégager de lien significatif entre la prévalence des traitements reçus à domicile après une hospitalisation et les variables retenues, exception faite des personnes seules et des familles monoparentales qui sont, en proportion, plus nombreuses que celles vivant en couple, avec ou sans enfants, à en recevoir. Quant à l'aide à domicile, les femmes en reçoivent plus que les hommes, tant après une chirurgie d'un jour qu'après une hospitalisation. Le fait que les femmes qui accouchent reçoivent proportionnellement plus d'aide que les personnes hospitalisées pour toute autre raison, peut expliquer en partie un tel résultat.

Une proportion élevée de répondants jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admis à l'hôpital ou avant d'être traités en chirurgie d'un jour, tout comme ils estiment suffisant le temps de séjour hospitalier et perçoivent comme suffisante l'aide à domicile reçue après une chirurgie d'un jour ou une hospitalisation. L'interprétation de ces taux de satisfaction pose une difficulté dans la mesure où les attentes préalables ne sont pas connues; si ces dernières étaient très faibles, un taux de satisfaction élevé n'aurait rien de surprenant. De plus, aucun repère ne permet d'affirmer que ces taux sont optimaux ou non. Quoiqu'il en soit, des problèmes demeurent puisque de 12 % à 25 % des personnes expriment une insatisfaction à l'égard de l'un ou l'autre des aspects traités.

Les résultats de l'enquête sur l'accessibilité géographique ne permettent pas d'établir d'écarts significatifs entre les catégories de régions. De manière générale, le fait de résider dans une catégorie de régions plutôt que dans une autre n'a pas d'incidence sur les taux d'admissions et les délais d'attente pour être hospitalisé ou traité en chirurgie d'un jour. Le même constat s'applique à la durée du séjour hospitalier. L'opinion que les personnes concernées expriment lorsqu'on les interroge sur les délais d'attente, la durée du séjour hospitalier et la chirurgie d'un jour ne varie pas non plus de manière significative entre les catégories de régions.

Pour approfondir les résultats, il serait intéressant d'analyser le recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour en fonction de variables comme le groupe ethnique et de certains déterminants de l'état de santé comme le tabagisme ou la consommation d'alcool. On pourrait de plus procéder à une analyse multivariée des facteurs associés au recours à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour en distinguant ceux qui sont une manifestation de l'état de santé, ceux qui caractérisent les personnes et leurs conditions de vie ou encore ceux qui relèvent de l'accessibilité aux ressources. Une telle analyse permettrait d'évaluer l'importance relative des uns aux autres.

La prochaine enquête devrait continuer à explorer l'utilisation des services posthospitaliers à domicile, surtout dans le contexte actuel, dans lequel la tendance est à la réduction des séjours et à la complexification des interventions effectuées en chirurgie d'un jour. Une question complémentaire portant sur le besoin potentiel de services, satisfait ou non, pourrait être ajoutée, ce qui permettrait

de raffiner l'estimation du besoin de services à domicile à la suite d'une hospitalisation et d'une chirurgie d'un jour.

La satisfaction étant un sentiment qui évolue dans le temps, il serait important de continuer à suivre cette variable dans les futures enquêtes. Une ou deux questions préalables devraient permettre de mieux situer les attentes des gens à propos des dimensions mesurées.

Il serait sans doute possible d'estimer encore plus précisément la proportion de personnes traitées en chirurgie d'un jour si une question visant à distinguer le recours à la chirurgie d'un jour des services reçus en clinique externe était introduite. Afin d'évaluer les conséquences potentiellement négatives du recours à la chirurgie d'un jour, la prochaine enquête pourrait tenter de mieux cerner l'utilisation des services après une chirurgie d'un jour, comme les visites en cabinet privé, les visites à l'urgence, les consultations en clinique ou le recours à Info-Santé CLSC, tout en approfondissant les raisons qui incitent les gens à utiliser ces services.

Enfin, dans les prochaines enquêtes, il sera possible de faire un suivi de l'évolution de la satisfaction générale de la population envers le système de santé. Lors de la présente enquête, 24 % des personnes âgées de 15 ans et plus se sont dites peu ou pas satisfaites des services de santé offerts dans leur région, ce qui représente un taux d'insatisfaction assez élevé. Il sera donc intéressant de suivre l'évolution de ce taux et d'en approfondir les raisons au cours de la prochaine enquête.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'enquête permettent, pour une première fois, d'estimer l'ampleur des services à domicile reçus après une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour. On pourra mettre à profit ces résultats dans la planification et la réorganisation des services à domicile en tenant compte des tendances qui se maintiennent en matière de réduction des séjours hospitaliers et d'augmentation des soins d'un jour.

La participation importante de la famille et des proches à la prise en charge des soins et de l'aide auprès des personnes ayant été hospitalisées ou traitées en chirurgie d'un jour, constatée dans l'étude, fait ressortir le besoin de mieux appuyer ces aidants, qui sont, selon plusieurs auteurs, très souvent des femmes, surtout dans la perspective que le virage ambulatoire amorcé ces dernières années continue de s'amplifier (Therrien, 1987; Stone et autres, 1987; Garant et Bolduc, 1990; Brody, 1990; Saillant, 1992; Guberman et autres, 1993; Canadian Study of Health and Aging, 1994).

Les femmes représentent un groupe cible à privilégier dans la planification et l'organisation des services posthospitaliers à domicile ou consécutifs à une chirurgie d'un jour. Non seulement sont-elles des aidantes ou des soignantes de premier plan, mais encore elles sont, selon les données de l'enquête, plus nombreuses que les hommes à recevoir de l'aide, surtout à la suite d'un accouchement, ce qui nous amène à penser que leurs besoins sont potentiellement plus grands.

CHAPITRE 21

RECOURS AU SERVICE TÉLÉPHONIQUE INFO-SANTÉ CLSC

CHRISTINE ROSS

Introduction

Dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services et faciliter l'orientation des citoyens dans le Réseau de la santé et des services sociaux, les CLSC du Québec implantaient en 1995 le service téléphonique Info-Santé. Ce service permet de communiquer avec des infirmières 24 heures par jour et 7 jours par semaine afin d'obtenir de l'information et des conseils sur des questions de santé et de bien-être.

L'évaluation provinciale des cinq premières années d'implantation des services Info-Santé CLSC (MSSS, 1999) a montré l'atteinte de résultats importants tels la contribution de ce service à l'utilisation judicieuse des ressources du réseau et au renforcement de l'autonomie des personnes dans la prise en charge de leur santé ou de celle de leurs proches (Dunnigan, 1999). Ce rapport d'étude proposait aussi d'augmenter la connaissance et l'utilisation de ce service, d'en améliorer l'accès en réduisant les délais d'attente et en rejoignant davantage de personnes âgées ou d'expression anglaise.

Les données de l'enquête permettent de mesurer la proportion de personnes qui connaissent l'existence du service Info-Santé CLSC (notoriété) et de décrire le profil des personnes utilisant ce service téléphonique.

Ces résultats dégageant les caractéristiques des personnes devraient permettre d'améliorer le développement du service ainsi que les moyens d'information et de sensibilisation pour un meilleur impact de celui-ci.

21.1 Aspects méthodologiques

21.1.1 Indicateurs

Dans l'Enquête sociale et de santé 1998, cinq questions portent sur le service téléphonique Info-Santé CLSC, lesquelles sont incluses dans le questionnaire autoadministré (QAA). Ces questions apparaissent pour la première fois dans les enquêtes sociales et de santé.

La première question permet de mesurer la connaissance du service (QAA194). Les deux questions suivantes portent sur l'utilisation du service au moins une fois dans la vie (QAA195) et la fréquence d'utilisation au cours des douze derniers mois (QAA196).

Une autre question permet d'établir la proportion de personnes ayant tenté de rejoindre l'infirmière sans avoir pu lui parler la dernière fois (QAA197). Enfin, une dernière question porte sur les démarches que les personnes n'ayant pu rejoindre l'infirmière d'Info-Santé ont dû effectuer auprès d'autres ressources pour obtenir de l'aide, soit par téléphone ou en se déplaçant (QAA198).

21.1.2 Portée et limites des données

Parmi les situations pouvant affecter la qualité des estimations, deux concernent les biais reliés au répondant, soit la possibilité d'erreur due à la période de temps écoulée entre l'utilisation du service et la réponse aux questions (biais de mémoire) et celui relié à la réponse ou l'utilisation d'un tiers (ex. utilisation faite par une autre personne que celle qui répond).

Enfin, une dernière limite porte sur les effectifs insuffisants pour permettre les analyses détaillées. C'est le cas de la question portant sur les démarches des personnes n'ayant pu rejoindre l'infirmière, laquelle, faute d'un nombre suffisant ne peut être analysée régionalement.

Les possibilités de mieux connaître les personnes utilisant ou non le service Info-Santé CLSC sont plus importantes dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* que dans d'autres études déjà menées. Ces informations permettent en plus de compléter les statistiques fournies par le système d'information de ce service.

21.2 Résultats

21.2.1 Notoriété du service Info-Santé CLSC

Comme pour la population québécoise, près des trois quarts (73 %) des personnes de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec disent connaître le service Info-Santé CLSC, soit **environ 271 000 personnes** (tableau 21.1). Tout comme le profil québécois, l'existence du service est plus connue par les femmes que par les hommes de la région (78 % comparativement à 68 %).

Les données régionales ne permettent pas d'établir d'association significative entre d'une part, les groupes d'âge, le niveau de revenu, le niveau de scolarité et, d'autre part, la connaissance du service Info-Santé CLSC. Au niveau provincial, les proportions de personnes qui connaissent ce service sont plus élevées chez les 25-44 ans (78 %) et plus faibles chez les 15-24 ans (61 %). Aucune association significative n'a été décelée avec le niveau de revenu et celui de scolarité.

Tableau 21.1

Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe, population de 15 et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

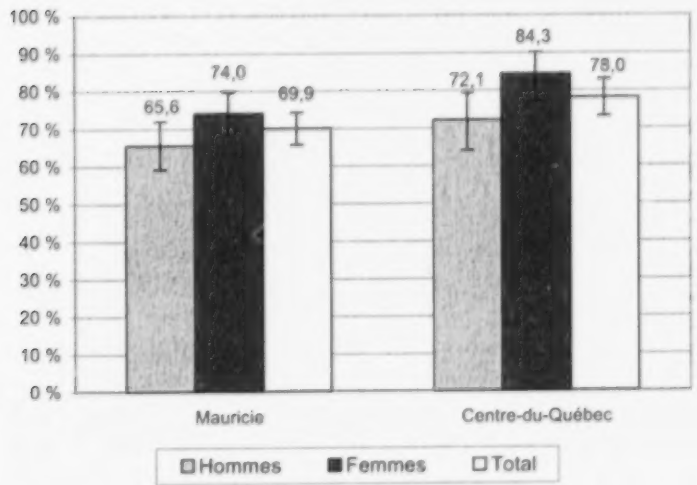
Sexe	Région		Ensemble du Québec	
	%	IC	%	IC
Hommes	68,2	63,3 – 73,0	68,9	67,6 – 70,2
Femmes	77,8	73,5 – 82,1	80,1	79,0 – 81,2
Total	**73,0**	**69,4 – 76,6**	**74,6**	**73,6 – 75,5**

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les personnes résidant au Centre-du-Québec connaissent davantage le service Info-Santé CLSC que celles résidant en Mauricie (78 % [73,0 – 82,9] c. 70 % [65,6 – 74,2]). Plus de femmes que d'hommes déclarent aussi connaître davantage ce service dans le Centre-du-Québec s'élevant pour elles à 84 % [76,9 – 90,0] comparativement à 72 % [63,9 – 79,3] pour les hommes. Bien que cette association ne soit pas statistiquement significative, cette même tendance semble se dessiner pour la population résidant en Mauricie (74 % [68,0 – 79,7] c. 66 % [59,0 – 72,0]) (figure 21.1).

Figure 21.1

Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC selon le sexe et le territoire sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



21.2.2 Utilisation du service Info-Santé CLSC au moins une fois au cours de la vie

Le profil d'utilisation du service téléphonique Info-Santé CLSC dans la région est le même que celui de la population québécoise. En Mauricie et au Centre-du-Québec, 27 % [23,1 – 30,1] de la population a déjà obtenu un conseil ou une information en appelant Info-Santé CLSC au moins une fois au cours de leur vie, ce qui représente **101 000 personnes approximativement**. Si l'on ne considère que les personnes ayant déclaré connaître l'existence du service, cette proportion régionale s'élève à 38 %, situation semblable à celle de la population québécoise.

Toujours en ne considérant que les personnes connaissant le service, les proportions sont plus élevées chez les femmes (48 %) et chez les personnes de 25 à 44 ans (52 %). Plus du tiers des personnes de 15 à 24 ans (36 %) disent tout de même avoir utilisé les services Info-Santé CLSC. Ces tendances sont semblables à celles de l'ensemble du Québec

Tableau 21.2

Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de la vie par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence selon le sexe et l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Région		Ensemble du Québec	
	%	IC	%	IC
Hommes	26,9	21,3 – 32,5	29,9	28,4 – 31,4
Femmes	47,7	41,8 – 53,7	48,7	47,1 – 50,3
Sexes réunis				
15-24 ans	35,5	25,8 – 45,3	37,5	34,7 – 40,2
25-44 ans	51,5	44,5 – 58,4	51,4	49,7 – 53,2
45-64 ans	28,0	21,2 – 35,6	29,2	27,2 – 31,1
65 ans et plus	24,3*	14,3 – 36,9	30,3	27,4 – 33,2
Total	**38,0**	**33,4 – 42,6**	**40,1**	**38,9 – 41,4**

* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

21.2.3 Utilisation du service Info-Santé CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête

Dans la région Mauricie et Centre-du-Québec, la proportion de personnes connaissant l'existence du service Info-Santé CLSC et l'ayant utilisé au cours des douze derniers mois se situe à 30 % (tableau 21.3), soit **environ 82 000 personnes**. Tout comme pour l'utilisation au cours de la vie, la proportion est plus élevée chez les femmes (38 %) et chez les 25-44 ans (41 %). Ce profil d'utilisation récente est le même que celui de l'ensemble du Québec.

Tableau 21.3

Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence selon le sexe et l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998.

Sexe et groupe d'âge	Région		Ensemble du Québec	
	%	IC	%	IC
Hommes	21,7	16,4 – 26,9	23,6	22,2 – 25,0
Femmes	37,9	32,1 – 43,6	38,9	37,4 – 40,4
Sexes réunis				
15-24 ans	32,4	22,9 – 41,9	32,7	30,1 – 35,4
25-44 ans	41,4	34,6 – 48,3	41,9	40,2 – 43,6
45-64 ans	20,9*	14,9 – 28,1	21,4	19,6 – 23,1
65 ans et plus	16,5**	8,6 – 27,6	21,9	19,3 – 24,5
Total	**30,3**	**26,4 – 34,3**	**31,9**	**30,9 – 33,0**

* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25%; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comme pour la population québécoise, la proportion de personnes ayant utilisé Info-Santé CLSC dans la dernière année varie selon le niveau de revenu diminuant de 37 % chez les personnes très pauvres ou pauvres de la région à 24 % chez celles ayant un revenu supérieur (tableau 21.4).

Plus de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé ont utilisé le service dans les douze mois précédant l'enquête (44 % comparativement à 29 % chez celles se percevant en excellente santé ou 27 % pour celles se considérant en bonne santé). De plus, les personnes dont le niveau de détresse psychologique est élevé sont aussi plus nombreuses à montrer une utilisation récente (46 % c. 27 %), par rapport aux personnes affichant un niveau de détresse psychologique bas ou moyen.

Tableau 21.4

Utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence selon certaines caractéristiques, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Caractéristiques	Région		Ensemble du Québec	
	%	IC	%	IC
Suffisance de revenu				
Très pauvre/pauvre	37,2	27,6 – 46,7	37,0	34,1 – 39,8
Moyen inférieur	33,1	26,1 – 40,2	33,3	31,3 – 35,3
Moyen supérieur/supérieur	23,9	17,9 – 30,8	29,3	27,8 – 30,9
Perception de la santé				
Excellente/très bonne	28,7	23,4 – 33,9	30,4	28,9 – 31,8
Bonne	27,4	20,6 – 35,1	32,6	30,8 – 34,5
Moyenne/mauvaise	43,7	31,0 – 56,4	36,9	33,6 – 40,3
Détresse psychologique				
Bas à moyen	27,3	22,9 – 31,6	29,8	28,6 – 30,9
Élevé	45,8	35,8 – 55,7	42,0	39,4 – 44,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

21.2.4 Fréquence d'utilisation du service Info-Santé CLSC au cours des douze mois précédant l'enquête

Parmi les personnes de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ayant utilisé Info-Santé dans l'année précédant l'enquête, 78 % (**environ 64 000 personnes**) ont appelé une ou deux fois, 15 % (**approximativement 13 000 personnes**) entre trois et cinq fois et 7 % (**environ 5 000 personnes**) plus de 5 fois (tableau 21.5).

Tableau 21.5

Fréquence d'utilisation d'Info-Santé CLSC au cours de l'année précédente par les personnes de 15 ans et plus en connaissant l'existence, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Fréquence d'utilisation	Région		Ensemble du Québec	
	%	IC	%	IC
1 ou 2 fois	78,0	70,7 – 84,2	74,0	72,3 – 75,8
3 à 5 fois	15,4*	10,1 – 22,0	19,6	18,1 – 21,2
Plus de 5 fois	6,7**	3,3 – 11,8	6,3	5,4 – 7,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

21.2.5 Difficultés d'accès au service Info-Santé CLSC

L'information suivante est fournie à titre indicatif puisque les effectifs insuffisants au niveau régional rendent la donnée imprécise. Malgré cet obstacle statistique, lors de leur dernier appel au service Info-Santé CLSC, seulement 4 %** [1,7 – 7,7] de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec ou **environ 4 000 personnes** n'a pu parler à l'infirmière, proportion comparable à celle de la population québécoise (5 %, [4,6 – 6,2]) (données non présentées).

L'échantillon régional étant limité, il ne permet pas d'analyse plus détaillée, les estimations étant trop imprécises.

Conclusion

Le profil d'utilisation et les caractéristiques des personnes utilisant le service Info-Santé CLSC dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est similaire à celui de l'ensemble du Québec.

Dans la région, parmi les personnes de 15 ans et plus, 73 % connaissent l'existence du service téléphonique. Un peu plus du quart de la population de 15 ans et plus (27 %) a déjà utilisé ce service au cours de sa vie et si l'on ne considère que les personnes qui connaissent le service, cette proportion s'élève à 38 %.

Pour les personnes connaissant l'existence du service, 30 % l'ont utilisé au cours des douze mois précédant l'enquête. Les personnes ayant le plus utilisé Info-Santé CLSC sont les femmes (38 %), les personnes de 25-44 ans (41 %), les personnes pauvres ou très pauvres (37 %), les personnes percevant leur santé moyenne ou mauvaise (44 %) et celles dont la détresse psychologique se situe à un niveau élevé (46 %).

Enfin, parmi les personnes utilisant le service, 78 % ont appelé une ou deux fois au cours de l'année précédente.

Éléments de réflexion pour la planification

(Tirés de : Dunningan, L. (2000) « Recours aux services téléphoniques Info-Santé CLSC » dans Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 21)

Dans l'ensemble, ces données confirment l'utilité d'Info-Santé CLSC pour les groupes qui rencontrent des problèmes de santé ou qui doivent utiliser le système de soins et de services, mais elles montrent également que des progrès peuvent encore être accomplis pour accroître la pénétration et l'impact du service. Les groupes auprès desquels il y aurait lieu de mieux faire connaître Info-Santé CLSC et d'encourager son utilisation sont les hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans [...]. Il y aurait lieu aussi d'identifier les facteurs susceptibles d'encourager et de faciliter l'utilisation du service chez les personnes qui en connaissent l'existence mais qui ne l'ont jamais utilisé, en particulier chez les 45 ans et plus. Cependant, ces actions ne devraient pas être

entreprises avant que les ressources nécessaires soient allouées pour assurer l'accès au service dans un délai d'attente acceptable pour la population.

CHAPITRE 22
CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

YVES PEPIN

Introduction

La consommation de médicaments peut avoir des conséquences importantes tant au chapitre de la guérison que de la prévention de maladies. Une utilisation optimale des médicaments, soit celle qui maximise les avantages pour la santé tout en diminuant les risques et les coûts, peut contribuer à l'atteinte de différents objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE). Toutefois, une utilisation non optimale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé. La consommation de médicaments peut découler soit de la prescription ou de la recommandation d'un médecin ou d'un dentiste, soit découler d'automédication, lorsqu'une personne utilise des médicaments qui lui semblent appropriés sans l'entremise d'un professionnel de la santé. Dans le cadre de ce chapitre, on parlera en premier lieu de prise de médicaments prescrits, même s'il n'y a pas eu à proprement parler d'ordonnance et, dans le second cas, de médicaments non prescrits.

L'usage de médicaments est influencé par plusieurs caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe), socioéconomiques (revenu, scolarité) ou selon la perception de l'état de santé qui seront autant de croisements abordés dans ce présent chapitre. Depuis la dernière enquête de 1992-1993, des conditions ont changé, comme l'adoption de la Loi sur l'assurance médicament, qui a pu favoriser l'utilisation de médicaments auparavant moins consommés. Ainsi, l'évolution de la consommation de médicaments entre les trois enquêtes de 1987, de 1992-1993 et de 1998 sera analysée tant sous l'angle du nombre de médicaments et du type de médicaments consommés au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, qu'au chapitre de la consommation de médicaments prescrits ou non prescrits.

22.1 Aspects méthodologiques

22.1.1 Indicateurs

Les données de ce chapitre proviennent de la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur – consommation de médicaments. Les questions QRI33 à QRI45 permettent de connaître l'usage de treize catégories de médicaments consommés dans les deux jours précédant l'enquête. Cet usage était rapporté par le répondant du ménage. Pour chacun des types de médicaments mentionnés dans le questionnaire, le répondant devait préciser à l'intervieweur le nom du médicament ou des médicaments de la catégorie précisée ainsi que sa concentration (quitte à retourner au contenant du médicament). Par après, le répondant devait spécifier si le médicament avait été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste, la régularité de la prise du médicament au cours de ces deux jours et depuis combien de temps, et ce, que ce soit pour les médicaments pris à l'occasion ou les

médicaments pris régulièrement. Les informations sur le nombre de médicaments utilisés réfèrent aux médicaments consommés qu'ils soient prescrits ou non et sans égard à la régularité de la consommation. Par ailleurs, l'utilisation de médicaments est regardée sous la forme de classes de médicaments consommés, chacun des treize types de médicaments constituant une classe différente. Ainsi, les personnes ayant pris un analgésique et un médicament contre le rhume aura consommé deux classes de médicaments alors que la personne ayant pris deux analgésiques différents au cours des deux jours ayant précédé l'enquête n'aura consommé qu'une classe de médicaments.

Par ailleurs, au chapitre des catégories de médicaments, il est à préciser que la question sur la pilule contraceptive ne s'applique qu'aux femmes de 12 à 50 ans.

22.1.2 Portée et limites des données

Un des avantages de l'enquête est lié au fait que l'on aborde la consommation de médicaments et non l'acquisition. Toutefois, des limites découlent du fait que le répondant du ménage n'est pas nécessairement au fait de tous les médicaments utilisés par les autres membres du ménage, sans compter les omissions ou l'attribution d'un médicament donné à une classe autre que celle à laquelle il appartient vraiment (à titre d'exemple : des stimulants rapportés comme vitamines).

Rappelons que le rapport provincial donne plus d'informations sur les limites et la méthodologie des indices utilisés.

22.2 Résultats

22.2.1 Utilisation des médicaments dans la population

Variations selon le sexe et l'âge

Moins de la moitié de la population n'a pas utilisé de médicaments au cours des deux jours ayant précédé l'enquête (46 %). La consommation de médicaments est liée à l'âge et au sexe (tableau 22.1). Les hommes rapportent davantage n'avoir consommé aucun médicament que les femmes au cours de deux jours ayant précédé l'enquête (54 % c. 38 %). Alors que ces dernières ont consommé davantage de 1 à 2 médicaments (41 % c. 31 %) ou trois médicaments ou plus (22 % c. 16 %) ce dernier écart quoique non significatif s'observe pour le Québec.

La population de 0-14 ans, de 15-24 ans et de 25-44 ans n'a pris aucun médicament en plus grande proportion que celle de 45-64 ans et de 65 ans et plus (respectivement 63 %, 52 % et 53 % c. 33 % et 20 %*) cette différence selon l'âge se fait au profit de la consommation de trois médicaments ou plus. Sans que les écarts entre les groupes d'âge soient toujours significatifs, la tendance provinciale, qui veut que la propension à ne prendre aucun médicament chute à mesure que la personne avance en âge, s'observe pour la région.

De plus, l'observation provinciale indiquant que les 0-14 ans consomment moins de un à deux médicaments que ne le font les 15-64 ans, sans être significative se retrouve dans nos résultats.

Tableau 22.1

Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Aucun		Un ou deux		Trois ou plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	53,8	49,3 – 58,3	30,7	26,5 – 34,9	15,5	12,3 – 19,1
Femmes	37,3	32,9 – 41,6	41,0	36,6 – 45,5	21,7	18,0 – 25,5
Sexes réunis						
0-14 ans	62,9	55,6 – 70,1	33,5	26,4 – 40,6	3,6**	1,4 – 7,7
15-24 ans	51,9	43,5 – 60,3	39,3	31,1 – 47,5	8,8**	4,6 – 14,9
25-44 ans	52,7	46,9 – 58,6	37,2	31,5 – 42,8	10,1*	6,9 – 14,3
45-64 ans	33,2	27,1 – 39,3	38,8	32,5 – 45,1	28,0	22,2 – 33,8
65 ans et plus	19,7*	13,0 – 28,1	26,5*	18,8 – 35,4	53,8	44,7 – 62,8
Total	**45,5**	**42,3 – 48,7**	**35,9**	**32,8 – 38,9**	**18,6**	**16,1 – 21,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

De 1987 à 1998, la région présente une hausse de la prise de trois médicaments ou plus dans les deux jours ayant précédé l'enquête (8 % à 19 %), et ce, tant chez les hommes (6 % à 16 %) que chez les femmes (10 % à 22 %) (tableau 22.2). Cette augmentation est accompagnée d'un recul de l'importance des personnes n'ayant pris aucun médicament (64 % à 54 % pour les hommes et 46 % à 37 % chez les femmes). Cette constatation s'observe pour l'ensemble des 25 ans et plus. Quant aux 15-24 ans, il ne peut être affirmé avec certitude que la consommation de trois médicaments ou plus ait augmenté. Par ailleurs, la consommation de 1 ou 2 médicaments a reculé chez les 65 ans et plus au cours de cette décennie au profit de la consommation de trois médicaments ou plus.

Entre 1992-1993 et 1998, le pourcentage de prise de 3 médicaments ou plus a augmenté toujours au détriment de la non-consommation (13 % à 19 %). Cette augmentation est significative chez les hommes (9 % à 16 %) et chez les 45-64 ans (20 % à 28 %). Il est noter que l'augmentation de la consommation chez les hommes dans la région n'a pas son équivalent pour la province. Une augmentation significative de l'usage de trois médicaments ou plus est aussi perceptible chez les âgés (41 % à 54 %).

Tableau 22.2

Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998

Sexe et groupe d'âge	1987			1992-1993			1998		
	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus
Hommes	63,8 [b]	30,1	6,1 [b]	62,6 [b]	28,1	9,3 [b]	53,8	30,7	15,5
Femmes	45,5 [b]	45,1	9,5 [b]	42,1	40,5	17,4	37,3	41,0	21,7
Sexes réunis									
0-14 ans	61,1	36,8	2,1**	63,8	33,0	3,3**	62,9	33,5	3,6**
15-24 ans	59,5	37,5	2,9**[b]	58,5	34,9	6,6**	51,9	39,3	8,8**
25-44 ans	60,8 [b]	34,7	4,5**[b]	57,5	34,0	8,5	52,7	37,2	10,1*
45-64 ans	45,2 [b]	41,0	13,7 [b]	45,7 [b]	34,7	19,6 [b]	33,2	38,8	28,0
65 ans et plus	31,8 [b]	42,6 [b]	25,6 [b]	22,5	36,4	41,1 [b]	19,7	26,5	53,8
Total	**54,5** [b]	**37,7**	**7,8** [b]	**52,3** [b]	**34,3**	**13,4** [b]	**45,5**	**35,9**	**18,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Plus d'un tiers de la population a consommé des médicaments prescrits au cours des deux jours ayant précédé l'enquête (35 %) (tableau 22.3). La région présente un lien selon l'âge et le sexe, plus de femmes que d'hommes prennent des médicaments prescrits (44 % c. 27 %). La proportion de personnes consommant des médicaments prescrits est différente selon l'âge. Elle est d'environ 14 % chez les 0-14 ans. Entre 15 et 44 ans, elle se situe autour de 25 % et 30 %. Par la suite, elle augmente rapidement pour dépasser les 70 % chez les personnes de 65 ans et plus. Cette tendance est similaire à celle du Québec.

Près d'une personne sur trois a consommé des médicaments non prescrits dans les deux jours ayant précédé l'enquête (31 %). Sans que ces différences soient significatives, on remarque, à l'instar du Québec, une plus forte consommation de médicaments non prescrits chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, selon l'âge, on retrouve une plus grande consommation chez les 25 ans et plus que chez les 0-24 ans.

Tableau 22.3

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Médicaments prescrits		Médicaments non prescrits	
	%	IC	%	IC
Hommes	26,5	22,5 – 30,5	29,2	25,0 – 33,3
Femmes	44,1	39,6 – 48,6	33,6	29,3 – 37,9
Sexes réunis				
0-14 ans	14,0*	9,2 – 20,1	29,8	23,0 – 37,3
15-24 ans	29,5	22,0 – 37,9	27,7	20,4 – 36,0
25-44 ans	25,2	20,1 – 30,3	30,4	25,0 – 35,8
45-64 ans	48,5	42,1 – 55,0	35,3	29,1 – 41,5
65 ans et plus	71,5	62,4 – 79,4	33,1	24,5 – 41,6
Total	**35,3**	**32,2 – 38,4**	**31,4**	**28,4 – 34,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Sur le plan de l'utilisation de médicaments prescrits, une augmentation de l'usage dans les deux jours précédant l'enquête est perceptible de 1987 à 1998 (tableau 22.4) tant chez les hommes (de 20 % à 27 %) et les femmes (de 35 % à 44 %) que pour les 45-64 ans et les 65 ans et plus (respectivement 39 % à 49 % et 58 % à 72 %). Les différences observées entre 1992-1993 et 1998 sont, dans l'ensemble, non significatives, à l'exception d'une hausse de l'utilisation chez les 45-64 ans qui passe de 40 % à 49 %. Cette dernière augmentation s'observe aussi pour le Québec. Par contre, contrairement à la province, il n'y pas d'accroissement significatif de la consommation pour les hommes et les femmes de la région, quoique les proportions aillent dans ce sens.

Tableau 22.4

Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998

Sexe et groupe d'âge	1987 %	1992-1993 %	1998 %
Hommes	19,9[b]	22,4	26,5
Femmes	34,9[b]	40,8	44,1
Sexes réunis			
0-14 ans	15,2	15,3	14,0
15-24 ans	26,8	30,3	29,5
25-44 ans	19,4	24,1	25,2
45-64 ans	38,7[b]	40,4[b]	48,5
65 ans et plus	58,1[b]	67,1	71,5
Total	**27,5**[b]	**31,6**	**35,3**

[b] Significativement différent du résultat de 1998.

Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.* Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Par rapport à 1987 (22 %) et 1992-1993 (19 %), les hommes de la région ont augmenté leur consommation de médicaments non prescrits (29 %) (tableau 22.5). Cette augmentation chez les hommes entre l'enquête de 1992-1993 et celle de 1998 ne s'observe pas pour le Québec. Les valeurs régionales indiquent aussi un accroissement de la prise de ce type de médicaments chez les 15-24 ans de 1987 à 1998 (18 % à 28 %) et chez les 45-64 ans de 1992-1993 à 1998 (27 % à 35 %); cette augmentation se voit aussi pour le Québec.

Tableau 22.5

Personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993, 1998

Sexe et groupe d'âge	1987 %	1992-1993 %	1998 %
Hommes	21,8[b]	19,3[b]	29,2
Femmes	29,0	30,6	33,6
Sexes réunis			
0-14 ans	27,2	26,2	29,8
15-24 ans	18,4[b]	19,7	27,7
25-44 ans	25,7	25,0	30,4
45-64 ans	28,8	27,1[b]	35,3
65 ans et plus	24,5	24,3	33,1
Total	**25,4**[b]	**24,9**[b]	**31,4**

[b] Significativement différent du résultat de 1998.

Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.* Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques

Au sujet du lien entre la consommation de médicaments et le revenu sans être significatifs, les résultats régionaux vont dans le sens des tendances provinciales qui indiquent que les personnes au sein des ménages disposant d'un revenu moyen/supérieur ou supérieur ont moins utilisé de un à deux médicaments dans les deux jours ayant précédé l'enquête, alors que les catégories de revenus moins favorisées prennent davantage trois médicaments ou plus. De même, les proportions régionales au chapitre de la prise de médicaments prescrits selon le revenu du ménage ne diffèrent pas significativement. Toutefois, elles reprennent la tendance du Québec qui affiche une différence qu'entre les personnes demeurant au sein des ménages très pauvres et pauvres et celles de la catégorie de revenu moyen/supérieur et supérieur. Les premiers consommant davantage de médicaments prescrits que les seconds (données non présentées).

À l'encontre du Québec, on ne peut affirmer que les plus scolarisés sont proportionnellement plus nombreux à ne prendre aucun médicament que ceux avec une faible scolarité (tableau 22.6). On note, cependant, que la proportion observée **de la prise de trois médicaments ou plus chez les personnes ayant une scolarité relative faible semble plus importante pour notre région qu'au Québec (25 % [20,5 – 29,8] c. 19 % [17,9 – 20,3])**. En outre, contrairement au Québec, on ne peut conclure que les personnes avec une scolarité plus élevée recourent plus souvent à une automédication dans la région.

Tableau 22.6

Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Scolarité relative	Aucun		Un ou deux		Trois ou plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Faible	42,5	37,3 – 47,8	32,3	27,3 – 37,3	25,2 [a]	20,5 – 29,8
Élevée	41,1	36,2 – 46,1	39,6	34,7 – 44,5	19,3	15,4 – 23,6

[a] Significativement différent du Québec 1998.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon certains indicateurs de santé

La prise de médicaments est liée à l'état de santé perçue. Ainsi, à mesure que la perception de la santé s'améliore plus les répondants déclarent n'avoir consommé aucun médicament dans les deux jours précédant l'enquête (de 16 % [9,5 – 25,7] chez ceux qui perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise à 50 % [44,8 – 54,6] pour ceux la percevant très bonne ou excellente). En contrepartie, la consommation de trois médicaments tend à augmenter à mesure que se dégrade la perception de sa santé pour passer de 14 % [10,6 – 17,6] à 53 % [43,5 – 64,1] (données non présentées).

En outre, la consommation de médicaments prescrits, augmente à mesure que l'état de santé perçue se dégrade (passant de 29 % [24,0 – 32,9] chez ceux la percevant comme excellente ou très bonne à 78 % [68,2 – 86,1] chez ceux la considérant moyenne ou mauvaise). Cependant, contrairement au Québec, aucun lien n'est observé entre la détresse psychologique et la consommation de médicaments en région (données non présentées).

22.2.2 Classes de médicaments consommés

Le nombre de classes de médicaments fait état de la diversité des médicaments pris au cours des deux jours ayant précédé l'enquête (tableau 22.7). La proportion d'utilisateurs de médicaments va en diminuant à mesure que le nombre de classes augmente (30 % pour une classe à 4 %* pour 4 classes et plus) et ce tant chez les hommes (28 % à 2 %**) que chez les femmes (32 % à 6 %*). Si, à l'encontre du Québec, il ne peut être affirmé que moins de gens prennent quatre classes de médicaments ou plus que trois classes de médicaments, les données vont dans ce sens.

Tableau 22.7

***Utilisation de médicaments au cours d'une période de deux jours ayant précédé l'enquête* selon le nombre de classes de médicaments pris et le sexe, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998**

Nombre de classes de médicaments	Hommes		Femmes		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC
Aucune	53,7	49,2 – 58,2	37,3	32,9 – 41,7	45,5	42,3 – 48,7
Une classe	28,1	24,0 – 32,1	32,4	28,1 – 36,6	30,2	27,3 – 33,2
Deux classes	11,8**	9,0 – 15,0	18,0	14,6 – 21,8	14,9	12,6 – 17,2
Trois classes	4,2*	2,5 – 6,4	6,6*	4,5 – 9,2	5,4	4,0 – 7,0
Quatre classes et plus	2,3**	1,2 – 4,2	5,8*	3,9 – 8,3	4,1*	2,9 – 5,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Au chapitre de la proportion d'utilisateurs, les vitamines (23 %), les pilules contraceptives (16 %), les analgésiques (15 %) et les médicaments pour le cœur ou l'hypertension (9 %) constituent les médicaments pris le plus fréquemment (tableau 22.8).

Entre 1992-1993 et 1998, on constate une augmentation de la consommation de vitamines (17 % c. 23 %) et des autres médicaments (12 % c. 17 %) dans la région. Ce dernier accroissement se retrouve pour l'ensemble du Québec, par contre la hausse de la prise de vitamines ne se retrouve pas pour le Québec. De façon générale, depuis 1987, une augmentation de la prise d'analgésiques (8 % c. 15 %), de médicaments pour le cœur (6 % c. 9%), de médicaments pour l'estomac (2 %* c. 3 %*), de vitamines (18 % c. 23 %), de stimulants (0,4 %** c. 0,2 %*) et des autres médicaments (7 % c.17 %) est constatée. À l'exception des stimulants, qui présentent une estimation très imprécise, les tendances régionales reprennent les observations provinciales. Seule l'utilisation de médicaments contre le rhume ou la toux a chuté de façon significative dans la région passant de 6 % à 4 %*. Cette diminution se note aussi pour le Québec.

Tableau 22.8

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon la classe de médicaments, population totale Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Type de médicaments	1987 %	1992-1993 %	1998 %	1998 IC
Analgésique (médicaments contre la douleur)	8,2[b]	13,0	15,1	12,8 – 17,4
Tranquillisants, sédatifs ou somnifères	6,6	5,7	5,8	4,4 – 7,5
Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle	6,1[b]	8,0	9,3	7,5 – 11,3
Antibiotiques	2,1*	2,3[b]	1,6**	0,9 – 2,6
Remèdes ou médicaments pour l'estomac	1,6*[b]	2,6*	3,4*	2,3 – 4,8
Laxatifs	2,0*	1,7*	1,2**	0,6 – 2,1
Remède contre la toux ou le rhume	5,5[b]	4,1	3,7*	2,6 – 5,2
Onguent pour la peau	3,5	5,2	4,7	3,5 –6,3
Vitamines ou minéraux	18,4[b]	17,1[b]	22,7	20,0 – 25,4
Suppléments alimentaires	4,1	2,9	2,9*	2,0 – 4,2
Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral	0,4**[b]	1,3*	1,9*	1,1 – 3,0
Pilules contraceptives (femmes de 12 à 50 ans)	18,8	15,6	15,9	11,7 – 20,9
Autres	6,8[b]	11,5[b]	17,1	14,7 – 19,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent des résultats de 1998.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Près de la moitié de la population n'a pas utilisé de médicaments au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Les femmes prennent plus de médicaments que les hommes (essentiellement pour la catégorie un ou deux médicaments). La population de 45 ans et plus, sans surprise, fait usage de médicaments en plus grande proportion que la population plus jeune (essentiellement pour la catégorie trois médicaments ou plus).

Une hausse de la consommation de médicaments s'observe de 1987 à 1998 tant chez les hommes que chez les femmes. La consommation des 45-64 ans a aussi augmenté de 1992-1993 à 1998. Il est à signaler une hausse des proportions chez les âgés et les hommes. Pour ceux-ci, cette hausse ne se retrouve pas pour le Québec.

Un tiers de la population a utilisé des médicaments prescrits. La prise de ce type de médicaments est plus marquée chez les femmes et elle s'intensifie avec l'âge. La consommation a augmenté de 1987 à 1998, tant chez les hommes et les femmes que pour les 45 ans et plus. L'utilisation des 45-64 ans s'est aussi accrue de 1992-1993 à 1998.

Les médicaments non prescrits apparaissent davantage utilisés par les femmes et les 25 ans et plus. La consommation des hommes a augmenté de 1987 à 1998 et de 1992-1993 à 1998. Toutefois, cette hausse ne s'observe pas pour le Québec. La consommation des 15-24 ans et des 45-64 ans a, aussi, connu une augmentation.

Il est à signaler une prise de trois médicaments ou plus davantage marquée dans notre région chez les personnes avec la scolarité relative la moins élevée que pour l'ensemble du Québec.

La consommation de médicaments est associée à la perception de l'état de santé. À mesure que l'état de santé perçue s'améliore moins les répondants consomment de médicaments prescrits ou non (au détriment surtout de la prise de trois médicaments ou plus). Cette observation s'applique aussi pour la consommation de médicaments prescrits.

Les vitamines, les pilules contraceptives, les analgésiques et les médicaments pour le cœur ou l'hypertension constituent les classes de médicaments les plus consommés.

Les vitamines, les analgésiques, les médicaments pour le cœur, les médicaments pour l'estomac, les stimulants et les autres médicaments ont connu une augmentation de leur consommation au cours de la période allant de 1987 à 1998.

CHAPITRE 23
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

YVES PEPIN

Introduction

Ce chapitre présente la vaccination annuelle contre la grippe. On connaît les conséquences sérieuses que peut entraîner la grippe, notamment chez les personnes âgées. La vaccination annuelle permet de prévenir ces conséquences. À cet égard, la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) (MSSS, 1992) indique explicitement que la vaccination contre l'influenza peut contribuer à la réduction de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire. De plus, selon les Priorités nationales de santé publique 1997-2002, il est visé que 60 % des personnes de 65 ans et plus en ménages privés, qui sont justement touchées par cette enquête, soient vaccinées d'ici 2002. L'enquête permet d'évaluer la couverture vaccinale de façon plus fiable que ne le permettent les méthodes actuelles. Par ailleurs, elle indique, parmi les personnes qui ont été vaccinées au cours de la dernière année, combien ont eu recours à l'immunisation après la recommandation d'un médecin.

23.1 Aspects méthodologiques

23.1.1 Indicateurs

Les données sur la vaccination sont tirées, elles aussi, de la section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur – consommation de médicaments. La question QRI48 permet de connaître les membres du ménage qui ont reçu un vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois et la question QRI48a indique, pour les membres du ménage qui ont reçu le vaccin au cours de la dernière année, si un médecin lui avait recommandé de le recevoir.

23.1.2 Portée et limites des données

Les limites principales quant à ces données reposent sur des biais de mémoire, puisqu'on réfère à une période d'un an, à un biais de rappel, qui apparaît toutefois peu important, et à une désirabilité sociale.

L'information relative à la vaccination contre la grippe est obtenue expressément pour l'Enquête de 1998. Aucune comparaison ne peut être faite avec les enquêtes antérieures. Par ailleurs, les données provinciales présentent davantage d'information que les données régionales. Le lecteur est donc invité à consulter le chapitre 23 du rapport provincial.

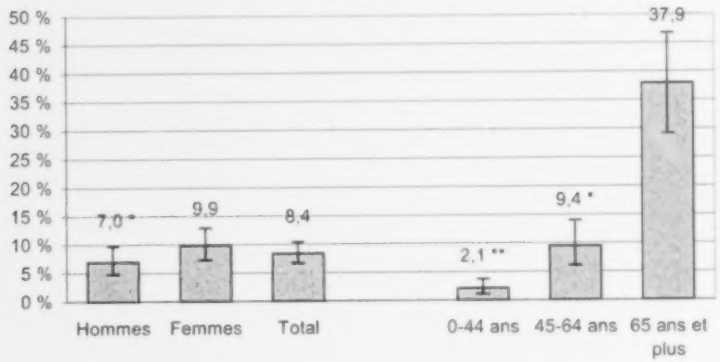
23.2 Résultats

23.2.1 Couverture vaccinale contre la grippe

La vaccination contre la grippe au cours de l'année précédant l'enquête a rejoint 8 % [6,7 – 10,4] de la population de la région (figure 23.1). Plus la population avance en âge, plus elle est vaccinée contre la grippe, les proportions passant de 2 %** [1,1 – 3,7] chez les 0-44 ans à 38 % [29,1 – 46,7] chez les 65 ans et plus. Il s'agit pour ce dernier groupe d'une population âgée qui n'est pas en centre d'accueil. Les données régionales n'indiquent pas de différences significatives selon le sexe, mais elles vont dans le sens du Québec qui indiquent que les femmes sont davantage vaccinées que les hommes.

Figure 23.1

Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Au chapitre des vaccins contre la grippe reçus au cours des 12 derniers mois, près des quatre cinquièmes de ces vaccins (79 % [68,2 – 87,3]) ont fait l'objet d'une recommandation de la part d'un médecin.

Conclusion

En ce qui a trait à la vaccination contre la grippe, moins d'une personne sur dix est vaccinée. La proportion de population vaccinée augmente à mesure qu'elle avance en âge pour atteindre 38 % chez les 65 ans et plus en ménage privé. Toutefois, même en tenant compte de l'intervalle de confiance de l'estimation régionale, nous sommes encore loin de la valeur de 60 % pour cette sous population telle que visée par les *Priorités nationales de santé publique*.

Comme pour le Québec, la région présente un retard par rapport à la vaccination de certains groupes cibles par rapport au reste du Canada (le Québec présente aussi un retard pour la vaccination des travailleurs de la santé). Le rapport provincial mentionne que même si près de quatre vaccins sur cinq sont recommandés par un médecin, il faudrait vérifier si des recommandations plus soutenues des médecins auprès des clientèles cibles pourraient permettre de rattraper ce retard et de vérifier le degré d'observance de la population à ces recommandations.

CHAPITRE 24
FAMILLE EN SANTÉ

YVES PEPIN

Introduction

Les familles ont connu d'importantes transformations au cours des dernières décennies. Parmi les changements les plus marquants, il faut souligner l'augmentation du nombre de familles monoparentales et l'émergence des familles reconstituées. De telles transformations ne sont pas sans conséquence sur l'état de santé des individus composant ces familles, et ce, tant chez les enfants que chez les parents. Toutefois, si les modifications structurelles des familles sont bien documentées, l'impact de ces transformations sur la santé demeure, encore, mal connu. Cette absence de connaissances crée des problèmes lors de l'intervention et de la prise de décision

Cette enquête contribue donc aux efforts visant à mieux faire connaître les transformations observées dans l'univers familial et, à plus forte raison, à ceux visant à mettre en lumière les impacts de ces transformations sur la santé et le bien-être qui découlent du premier principe directeur des priorités nationales de santé publique.

En outre, il est à noter que les transformations de l'univers familial présentent aussi une importance particulière parce qu'elles touchent un des principaux milieux de vie des individus. À ce titre, la famille occupe une place importante dans la *Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)*. On la retrouve en filigrane, sinon au cœur de cinq des six stratégies de ce document : favoriser le renforcement du potentiel des personnes, soutenir les milieux de vie, développer des environnements sains et sécuritaires, améliorer les conditions de vie et agir pour et avec les groupes vulnérables.

Ce chapitre présente un portrait des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des familles québécoises, en insistant davantage sur celles avec au moins un enfant mineur, et regarde son évolution au fil des trois enquêtes de 1987, 1992-1993 et de 1998. Un autre volet aborde les ruptures d'union, tant sous l'angle du mode de garde des enfants, que des relations entre les membres de ces familles éclatées. Les rapports entre les parents et les enfants, sans égard au type de famille, sont aussi abordés.

À l'encontre de l'analyse provinciale, les liens entre la structure de la famille et les indicateurs de santé des parents selon le sexe de ces derniers ne seront pas présentés. Les intervalles de confiance et les coefficients de variation régionaux pour les familles monoparentales et les familles recomposées ne permettaient guère de développer l'analyse pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. Le lecteur est donc invité à consulter le rapport provincial pour avoir plus d'information sur ces dimensions. Il en est de même pour la relation entre beaux-parents et enfants.

24.1 Aspects méthodologiques

24.1.1 Indicateurs

Les données sur les ménages proviennent de la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) qui permettent d'identifier les ménages familiaux et non familiaux. Ces derniers contiennent les personnes vivant seules et les ménages regroupant des individus sans lien de filiation ou d'alliance. Quant aux ménages familiaux, ils comprennent au moins deux personnes liées par filiation ou par alliance. Cette même section du QRI permet d'identifier les type de familles (biparentales, monoparentales, recomposées) au sein des ménages familiaux en fonction de l'âge des enfants au sein de cette famille.

Les informations sur les relations au sein de la famille sont tirées de la section XII du questionnaire autoadministré (QAA), soit les questions QAA171 à QAA183. La question QAA171 permet de sélectionner les répondants avec au moins un enfant mineur, la question QAA172 sert à évaluer la relation du parent avec l'enfant. Les questions QAA178 à QAA183 font référence aux ruptures d'unions. Les questions QAA173 et QAA174 donnent le nombre de parents, avec des enfants mineurs, divorcés ou séparés de l'autre parent de l'enfant. La question QAA175 précise la durée écoulée depuis la rupture d'union et la question QAA176 permet de connaître le mode de garde. Au chapitre des liens entre les ex-conjoints, la question QAA177 renseigne sur le climat au moment de la séparation, la question QAA178 sur la poursuite de contacts avec l'autre parent et la question QAA179 sur la qualité de ce contact. La satisfaction vis-à-vis l'implication financière de l'autre conjoint est abordée par la question QAA180.

24.1.2 Portée et limites des données

La non-réponse partielle est supérieure à 5 % à certaines questions pour décrire les conditions de vie des parents séparés de l'autre parent ou de ses enfants mineurs. Cette non-réponse peut entraîner une sous-estimation de la proportion de personnes séparées depuis longtemps, de la garde exclusive chez la mère, du droit de sortie chez le père et de la proportion de parents insatisfaits de l'implication financière de l'autre parent. Il semble y avoir aussi une sous-déclaration des pères séparés avec enfants mineurs. Les lecteurs sont donc invités à se référer au rapport provincial pour connaître davantage les limites des données.

24.2 Résultats

24.2.1 Évolution des structures et des caractéristiques des ménages

Près du tiers des ménages en Mauricie et au Centre-du-Québec (31 %) sont de type non familial (tableau 24.1), il s'agit essentiellement de personnes vivant seules (29 % des ménages) car on compte peu de ménages de personnes unies par des liens autres que la filiation ou l'union (2 %**). La majorité des ménages sont familiaux (69 %), les familles biparentales intactes (celles composées de deux parents avec leurs enfants biologiques, peu importe leur âge) constituent environ le tiers de

tous les ménages (30 %), alors que les couples, mariés ou en union libre, sans enfant en représentent 25 %. En outre, on retrouve 11 % de familles monoparentales et 4 %**de familles recomposées parmi les ménages. Selon ces pourcentages, notre région compte **approximativement 49 000 couples sans enfant, 60 000 familles biparentales intactes, 21 000 familles monoparentales, 7 000 familles recomposées** et **56 000 personnes seules**. L'importance relative de ces ménages est généralement conforme à ce que l'on observe pour le Québec.

Tableau 24.1

Ménages non familiaux et familiaux (enfants de tous âges) selon le type, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Type de ménage	1987 %	1992-93 %	1998 %	1998 IC
Ménages non familiaux				
Personnes seules	16,5 [b]	25,1	28,5	24,0 – 33,0
Autres ménages	2,9*	2,0*	2,2**	1,0 – 4,2
Total	**19,4** [b]	**27,1**	**30,6**	**26,1 – 35,3**
Ménages familiaux				
Couples sans enfant	24,3	26,9	24,9	20,6 – 29,2
Familles biparentales intactes	43,4 [b]	31,0	30,3	25,7 – 34,9
Familles recomposées	2,9*	4,7*	3,5**	1,9 – 5,9
Familles monoparentales	9,1	10,0	10,5	7,6 – 14,0
Autres familles	0,9**	0,3**	0,1**	0,0 – 1,2
Total	**80,6** [b]	**72,9**	**69,4**	**64,7 – 73,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.* Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La distribution de ces types de ménages s'est modifiée entre 1987 et 1998. La région a connu au cours de ces dix ans une diminution des familles biparentales intactes (43 % c. 30 %) au profit des ménages constitués de personnes seules (17 % c. 29 %). Cette différence est similaire à celle observée pour l'ensemble du Québec. Entre 1992-1993 et 1998, les différences régionales ne sont pas significatives, mais elles reprennent la tendance provinciale signalant une érosion des ménages familiaux au profit des personnes vivant seules.

24.2.2 Familles avec au moins un enfant mineur

Au chapitre des familles avec enfants mineurs, environ un tiers de celles-ci sont biparentales (67 %), le cinquième de ces familles est constitué de familles monoparentales et une famille sur dix est recomposée (tableau 24.2). Bien que ces deux dernières estimations soient moins précises, l'importance de ces types de familles est conforme aux tendances québécoises. On estime donc, pour notre région, à **67 000 le nombre de familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans.** Là-dessus, **environ 47 000 sont biparentales, 6 000 des familles recomposées** et **14 000 des familles monoparentales**.

Tableau 24.2

Familles avec au moins un enfant mineur, selon le type de famille, Mauricie et Centre-du-Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Familles avec au moins un enfant mineur	1987	1992/93	1998	
	%	%	%	IC
Biparentales intactes	81,4 [b]	71,0	66,9	62,0 – 77,8
Recomposées	6,4*	11,6*	9,7**	5,2 – 16,0
Monoparentales	12,2* [b]	17,4	20,4*	13,9 – 28,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Source : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Le nombre de familles biparentales a chuté de 1987 à 1998 (81 % c. 67 %). Cette diminution s'est faite au profit des deux autres types de famille pour le Québec et pour les familles monoparentales dans la région. L'écart entre les familles recomposées n'est pas statistiquement significatif. Contrairement au Québec, aucune différence significative entre 1992-1993 et 1998 n'est observée.

En ce qui a trait au nombre d'enfants mineurs selon le type de famille, la présence de petits effectifs a nécessité la fusion des familles de deux et de trois enfants ou plus (tableau 24.3). Les familles monoparentales comptent davantage de familles de un enfant que les familles biparentales (75 % c. 38 %) et, en contrepartie, les familles biparentales ont, en plus grande proportion, deux enfants que les familles monoparentales (62 % c. 25 %). Les familles monoparentales et recomposées gardent des coefficients de variation importants. Toutefois, malgré l'imprécision de leurs estimations, la tendance provinciale se maintient.

Tableau 24.3

Familles avec au moins un enfant mineur, selon le type de famille et le nombre d'enfants, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Nombre d'enfants	Familles biparentales		Familles recomposées		Familles monoparentales	
	%	IC	%	IC	%	IC
Un enfant	38,4	28,5 – 48,4	64,7*	33,4 – 89,3	75,4	54,9 – 89,9
Deux enfants et plus	61,6	51,6 – 71,5	35,3**	10,7 – 66,6	24,7**	10,1 – 45,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

On observe des écarts entre les familles biparentales et monoparentales quant à l'importance du revenu des ménages (tableau 24.4). En effet, ces dernières sont davantage très pauvres et pauvres que les biparentales (49 % c. 14 %) et disposent, en contrepartie, moins de revenus moyens supérieurs et supérieurs (12 % c. 39 %). Si la prudence est de mise devant les coefficients de variation élevés, les résultats sont conformes à ceux du Québec qui voit sa part relative des familles monoparentales diminuer en lien avec l'importance du revenu.

Tableau 24.4

Familles avec au moins un enfant mineur, selon le type de famille et le revenu du ménage, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Revenu du ménage	Famille biparentale		Familles recomposées		Familles monoparentales	
	%	IC	%	IC	%	IC
Très pauvre / pauvre	14,2**	7,3 – 24,0	19,7**	2,5 – 54,0	49,3*	27,9 – 70,9
Moyen inférieur	46,5	35,6 – 57,5	48,0**	18,0 – 79,0	39,1**	19,7 – 61,4
Moyen sup. /supérieur	39,2	28,4 – 50,9	32,4**	8,5 – 66,3	11,6**	2,0 – 32,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

24.2.3 Qualité des relations des parents avec au moins un enfant mineur

Près de 42 % [35,1 – 49,1] des parents n'ont aucun problème avec leurs enfants. Par ailleurs, si la plus grande proportion des parents (57 % [49,6 – 63,7]) déclarent n'avoir presque jamais ou occasionnellement des problèmes avec leurs enfants, les problèmes fréquents ou constants ne sont que très peu rapportés (1 %** [0,2 – 4,0]) (données non présentées).

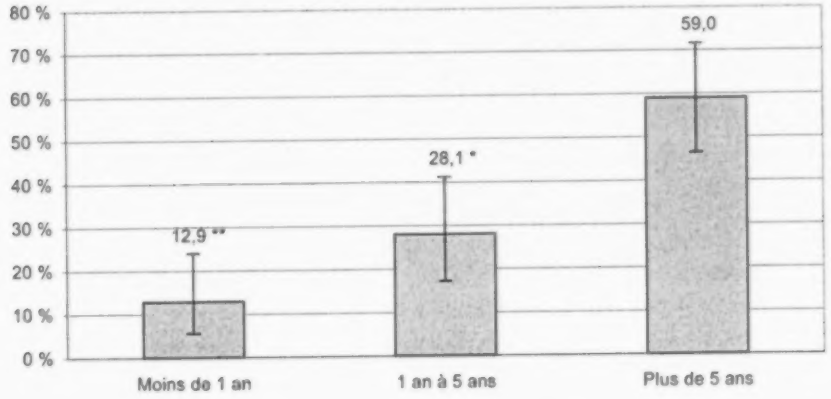
24.2.4 Certaines caractéristiques des parents séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s)

Durée écoulée depuis la séparation

Les séparations de plus de cinq ans avec l'autre parent sont plus élevées en proportion que les durées de moins de 1 an et de 1 an à 5 ans (figure 24.1). En outre, dans deux cas sur trois (66 % [52,1 – 77,5]), le climat avec l'autre parent au moment de la séparation demeurait bon ou assez bon (données non présentées).

Figure 24.1

Durée de la séparation des parents des enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



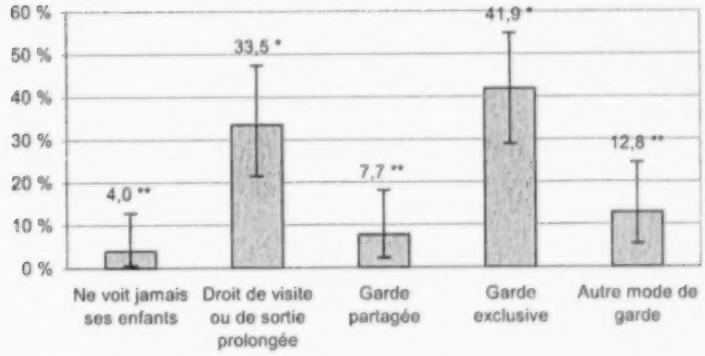
* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Modalités de garde chez les parents séparés

Au chapitre des différentes modalités de garde des enfants (figure 24.2), les coefficients de variations rendent les données régionales peu exploitables. Les pourcentages ne diffèrent pas, toutefois, de façon significative des données québécoises qui indiquent que le droit de garde exclusive et le droit de sortie et visite sont les modalités les plus répandues devançant les autres modes de garde et la garde partagée.

Figure 24.2

Modalités de garde des parents des enfants de moins de 18 ans, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.

Qualité des relations entre les ex-conjoints

Les trois quarts des parents séparés ou divorcés (75 % [61,9 – 85,4]) gardent un contact avec l'autre parent ce qui reprend les tendances provinciales. Chez ceux ayant gardé contact, ce climat est jugé bon ou assez bon dans 9 cas sur 10 (92 % [80,0 – 98,3]). Ces résultats reprennent l'ordre de grandeur du Québec (données non présentées).

Les parents ayant la garde de l'enfant se déclarent satisfaits dans trois cas sur cinq devant l'implication financière de l'autre parent (62 % [48,3 – 74,9]). Ce résultat est conforme aux données provinciales, même si la proportion régionale d'insatisfaits ne se distingue pas de façon significative de celle des satisfaits compte tenu des effectifs régionaux (données non présentées).

24.2.5 Caractéristiques des parents selon le type de famille

La présence d'importants coefficients de variation pour les familles monoparentales et les familles recomposées, notamment lorsqu'il s'agit de considérer les pères et les mères séparément, dispensent de pousser plus loin l'étude des différents types de famille selon les différents indicateurs de santé. Il convient de signaler, cependant, qu'aucune différence significative entre les proportions de la région et celles du Québec n'a été observée. En outre, les valeurs régionales vont fréquemment dans le sens des données provinciales particulièrement au chapitre de l'activité, du tabagisme ou du soutien social. Pour plus d'information sur ces dimensions référez-vous au rapport provincial (chapitre 24, pp. 282-284).

Conclusion

Plus d'un ménage sur quatre est constitué de personnes vivant seules et plus des deux tiers des ménages sont familiaux. La région a connu sur dix ans une diminution des familles avec enfant au profit des ménages constitués de personnes seules. De même, un recul de l'importance des familles biparentales parmi l'ensemble des familles avec enfants mineurs (de 81 % à 67 %), au profit des familles monoparentales, s'observe de 1987 à 1998.

Chez les familles avec enfants mineurs, des écarts attendus entre les familles biparentales et les familles monoparentales sont observés quant au nombre d'enfants et au revenu des ménages. Les familles monoparentales comptent moins d'enfants et disposent de revenus moins importants.

Au chapitre des ruptures d'union, des modalités de garde, des relations entre les ex-conjoints et entre parents et enfants, aucune différence n'est perceptible entre le Québec et la région. Il en ressort un portrait de bonne entente plus fréquemment répandue que les situations conflictuelles.

CHAPITRE 25
ENVIRONNEMENT DE SOUTIEN

RÉAL BOISVERT ET YVES PEPIN

Introduction

Comme le rappelle Marie Julien dans le chapitre du rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* consacré à l'environnement de soutien, il est admis aujourd'hui qu'il existe un lien important entre l'entourage social d'un individu et sa santé. Bien sûr, il peut arriver que la présence de quelqu'un dans le cercle de ses relations sociales ne soit pas toujours avantageuse, cette présence s'avérant parfois stressante, voire carrément oppressante. Mais il reste que, règle générale, le type de communauté dans laquelle ils vivent et la qualité des liens sociaux que les individus tissent entre eux constituent un baume protecteur contre les événements délétères de la vie comme la mort d'un être cher ou la perte de son emploi. Plus encore, non seulement un bon soutien social permet de mieux résister à l'assaut de certaines maladies, mais il est bien connu qu'il offre aux individus qui en bénéficient de meilleures opportunités de développement et d'accomplissement personnels.

Voilà pourquoi, à l'instar de ce qui avait été fait lors de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, celle de 1998 s'intéresse tout particulièrement à l'environnement de soutien des individus. Cet environnement est regardé sous l'angle de l'indice de soutien social, de la situation de vie, de la relation avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde », l'intimité et le fait d'avoir vécu des événements traumatisants dans l'enfance ou l'adolescence.

25.1 Aspects méthodologiques

25.1.1 Indicateurs

L'environnement de soutien comporte plusieurs dimensions. Nous nous intéresserons ici à ses aspects globaux. En effet, nous traiterons, en premier lieu, de la notion de soutien social telle que mesuré par un indice synthétique construit à partir d'informations obtenues sur la participation et l'intégration sociale (questions QAA146 et QAA147) à la vie collective (QAA148 et QAA150) et la taille du réseau de soutien (QAA151 et QAA156). Cet indice varie de 0 à 100 et, il est présenté en deux catégories, faible (qui correspond au premier quintile) et élevée (qui regroupe les quatre autres niveaux).

Une attention plus particulière sera accordée à la question QAA148 sur la satisfaction vis-à-vis la vie sociale.

Le fait de vivre seul est tiré de deux questions du QRI sur l'identification des ménages. La question 160 du QAA permet de savoir si la personne est heureuse de vivre seule.

La question QAA161 permet de savoir si les gens ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » qu'ils vivent seuls ou non. Pour les personnes ayant répondu oui à la question QAA161, la question QAA163 à trois volets permet le calcul de l'indice mesurant les difficultés dans la relation.

L'indice d'intimité est construit à partir des questions QAA161 à QAA163a. Les personnes qui ne cherchent pas à avoir un « chum » ou une « blonde » sont exclues du calcul de l'indice. Finalement l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence est obtenu avec les questions 164 à 170 du QAA.

Pour ce chapitre, le soutien social sera examiné en fonction du sexe et de l'âge de la population de la région et du Québec. Ensuite, des comparaisons seront établies selon le territoire sociosanitaire de la Mauricie et celui du Centre-du-Québec. La satisfaction vis-à-vis la vie sociale, la situation de vie, la présence de conjoints, les difficultés avec ceux-ci, l'intimité et les événements traumatisants sont aussi présentés selon le sexe et l'âge.

25.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Un rapprochement entre les données de la présente enquête et celles de 1992-1993 permettra de suivre l'évolution du soutien social et de la satisfaction de la vie sociale sur une période de 5 ans.

25.1.3 Portée et limites des données

L'indice de soutien social est réputé pour exprimer une bonne validité de convergence avec des mesures de santé. Le taux de non-réponse partielle de 8 % pour les difficultés avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » peut entraîner une surestimation des personnes avec des difficultés. La non-réponse à l'intimité (10 %) peut entraîner, là aussi, une surestimation des personnes manquant d'intimité. Par ailleurs, la présence d'événements traumatisants peut être affectée par des biais de mémoire ou la désirabilité sociale.

25.2 Résultats

25.2.1 Soutien social

Près de une personne sur cinq en Mauricie et au Centre-du-Québec, soit 19 %, présente un soutien social faible (tableau 25.1). Ce pourcentage représente pour l'ensemble de la région environ 70 000 individus. En revanche, la proportion des gens qui profitent d'un soutien social élevé est d'un peu plus de 80 %. Cela représente à peu près 300 000 personnes.

Comme le montre le tableau 25.1, les proportions d'hommes et de femmes qui ont un faible soutien social ne présentent pas de différence significative. Elles vont, toutefois, dans le sens des valeurs québécoises qui indiquent que les hommes présentent en plus grande proportion un indice faible. Il n'en va pas de même pour les différentes catégories d'âge qui présente une association significative.

En effet, le groupe des 45-64 ans présente un pourcentage de faible soutien social qui a tendance a être supérieur à celui des 65 ans et plus.

Tableau 25.1

Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Faible		Élevé	
	%	IC	%	IC
Hommes	20,8	16,6 – 25,1	79,2	74,9 – 83,4
Femmes	16,7	13,0 – 21,0	83,3	79,0 – 87,0
Sexes réunis				
15 – 24 ans	15,3*	9,6 – 22,7	84,7	77,3 – 90,4
25 – 44 ans	17,7	13,3 – 22,8	82,3	77,2 – 86,7
45 – 64 ans	26,0	20,2 – 31,8	74,0	68,2 – 79,8
65 ans et plus	10,3*	5,2 – 17,9	89,7	82,1 – 94,8
Total	**18,8**	**15,9 – 21,7**	**81,2**	**78,4 – 84,1**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'évolution de l'indice de soutien social est stable en Mauricie et au Centre-du-Québec depuis cinq ans (tableau 25.2). Malgré une différence de 10 points entre 1992-1993 et 1998 pour les pourcentages des personnes de 65 ans et plus qui ont un faible soutien social, cela n'est pas significatif au plan statistique (dix personnes seulement se retrouvant dans la catégorie 65 ans et plus du soutien social faible en 1998).

Tableau 25.2

Indice de faible soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993, 1998

Sexe et groupe d'âge	1992-1993 %	1998 %
Hommes	22,4	20,8
Femmes	17,5	16,7
Sexes réunis		
15 – 24 ans	16,1	15,3*
25 – 44 ans	21,4	17,7
45 – 64 ans	19,3	26,0
65 ans et plus	20,8	10,3*
Total	**19,9**	**18,8**

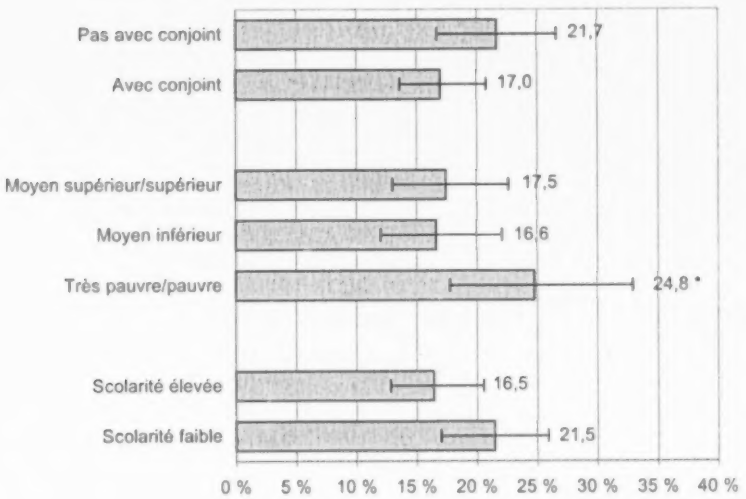
* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

Source : Santé Québec, Enquête sociale et de santé 1992-1993.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comme on peut le constater à la lecture de la figure 25.1 ci-contre, le fait d'avoir un faible soutien social a tendance à être relié à certaines caractéristiques sociales et économiques. Il est plus marqué chez ceux qui n'ont pas de conjoint que pour ceux en ayant un (17 % [13,6 – 20,8] c. 22 % [16,7 – 26,6]), pour la population avec une scolarité faible comparativement à celle présentant une scolarité élevée (22 % [17,0 – 25,9] c. 16 % [12,9 – 20,6]) et chez ceux appartenant à la catégorie des revenus pauvres ou très pauvres par rapport à la population ayant des revenus plus importants (25 %* [17,8 – 32,9] c. 18 % [13,0 – 22,6] et 17 % [12,0 – 22,1]). Il s'agit bien d'une tendance car les effectifs présents dans chaque catégorie ne permettent pas de valider une relation statistique significative. Avec des effectifs plus puissants, les données provinciales indiquent bien que les personnes qui n'ont pas de conjoint et qui sont plus dépourvues au plan de la scolarité et du revenu sont plus nombreuses à avoir un faible soutien social. Toutefois cette relation, que ce soit au palier national ou régional, ne s'applique pas à la catégorie des gens qui travaillent ou ne travaillent pas.

Figure 25.1

Pourcentage des personnes qui estiment que leur soutien social est faible selon certaines caractéristiques sociales et économiques, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

Pour ce qui est plus spécifiquement d'une des composantes de l'indice de soutien social, soit la satisfaction quant à la vie sociale, l'enquête révèle que près de 10 % de la population est insatisfaite (tableau 25.3). La satisfaction face à la vie sociale n'est pas associée au sexe. Par contre, sans présenter d'association significative selon l'âge, les données régionales reprennent la tendance provinciale voulant que les 25-44 ans et les 45-64 ans soient moins satisfaits de leur vie sociale. De plus contrairement aux données du Québec, on ne peut affirmer que l'insatisfaction vis-à-vis sa vie sociale ait augmenté dans la région depuis les enquêtes de 1987 et 1992-1993.

Tableau 25.3

Satisfaction quant à la vie sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Très satisfait		Plutôt satisfait		Non satisfait	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	32,2	27,3 – 37,0	57,2	52,1 – 62,3	10,7*	7,7 – 14,3
Femmes	31,2	26,5 – 36,0	58,6	53,6 – 63,6	10,2*	7,3 – 13,8
Sexes réunis						
15-24 ans	30,0	22,2 – 37,9	61,1	52,7 – 69,5	8,8**	4,6 – 15,1
25-44 ans	27,7	22,3 – 33,1	60,2	54,3 – 66,0	12,1*	8,5 – 16,7
45-64 ans	32,5	26,3 – 38,7	55,3	48,8 – 61,9	12,2*	8,2 – 17,2
65 ans et plus	41,7	32,4 – 51,1	53,7	44,2 – 63,1	4,6*	1,5 – 10,4
Total	**31,7**	**28,3 – 35,1**	**57,9**	**54,3 – 61,5**	**10,4**	**8,2 – 12,9**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.2 Situation de vie et satisfaction quant à cette situation

Au chapitre de la situation de vie, les résultats régionaux indiquent que 14 % de la population de 15 ans et plus vit seule (tableau 25.4). La région présente aussi, sans être significative, la tendance québécoise voulant que davantage de femmes que d'hommes vivent seules. En outre, le fait de vivre seul augmente avec l'âge et concerne davantage les 65 ans et plus (32 % c. 7 %**, 11 %* et 13 %*).

Tableau 25.4

Situation de vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Vit seul		Ne vit pas seul	
	%	IC	%	IC
Hommes	13,0	9,8 – 16,9	87,0	83,1 – 90,2
Femmes	15,1	11,6 – 19,1	84,9	80,9 – 88,4
Sexes réunis				
15-24 ans	6,5**	3,0 – 12,2	93,5	87,8 – 97,1
25-44 ans	10,9*	7,5 – 15,2	89,1	84,7 – 92,5
45-64 ans	13,4*	9,3 – 18,6	86,6	81,4 – 90,8
65 ans et plus	31,6	23,0 – 40,1	68,5	59,9 – 77,0
Total	**14,1**	**11,6 – 16,6**	**85,9**	**83,4 – 88,4**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La population vivant seule est relativement satisfaite de cette situation (tableau 25.5) puisque seulement 8 %** de celle-ci (**approximativement 4 000 personnes**) exprime une insatisfaction à cet égard (le coefficient de variation demeure important mais la valeur est comparable à celle du Québec). Le bonheur de vivre seul en région n'est pas associé à l'âge et au sexe, mais il reprend les tendances québécoises indiquant que les hommes sont moins heureux de cette situation que les femmes (11 %** c. 5 %**) et que les personnes âgées sont moins malheureuses de vivre seules (seulement 3 %**).

Tableau 25.5

Bonheur de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus vivant seule, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Très heureux ou heureux		Ni heureux, ni malheureux		Malheureux ou très malheureux	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	47,1	34,1 – 60,1	41,5*	28,5 – 54,4	11,4**	4,3 – 22,9
Femmes	63,4	50,2 – 75,4	31,4*	20,2 – 44,5	5,2**	1,1 – 14,2
Sexes réunis						
15-24 ans	51,6**	24,0 – 78,6	40,1**	15,8 – 68,5	8,3**	0,2 – 35,7
25-44 ans	49,5*	32,8 – 66,2	36,5*	21,4 – 53,7	14,1**	4,8 – 29,6
45-64 ans	47,8*	30,4 – 65,7	45,7*	28,7 – 63,5	6,5**	0,8 – 20,8
65 ans et plus	73,2	54,5 – 87,3	24,0**	10,7 – 42,3	2,9**	0,0 – 17,2
Total	**55,6**	**46,7 – 64,6**	**36,2**	**27,5 – 44,9**	**8,2****	**3,9 – 14,7**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.3 Difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde »

L'enquête présente des données sur les personnes qui vivent avec un conjoint et celles qui tout en vivant seules ont un « chum » ou une « blonde ».

Près des trois quarts de la population de 15 ans et plus a un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (74 %) (tableau 25.6). Sans que les écarts selon le sexe soient significatifs pour la région, on retrouve la tendance provinciale voulant que plus d'hommes que de femmes ont un conjoint. Par ailleurs, la présence d'un conjoint est associée à l'âge et touche davantage les 25-44 ans et les 45-64 ans (respectivement 80 % et 83 %) que les 15-24 ans et les 65 ans et plus (respectivement 53 % et 62 %).

Tableau 25.6

Personnes qui ont ou non, un conjoint, un « chum » ou une « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	A un conjoint		N'a pas de conjoint	
	%	IC	%	IC
Hommes	74,6	70,1 – 79,1	25,4	20,9 – 29,9
Femmes	72,4	67,8 – 76,9	27,7	23,1 – 32,3
Sexes réunis				
15-24 ans	52,6	44,0 – 61,2	47,4	38,8 – 56,0
25-44 ans	80,4	75,1 – 85,0	19,6	15,0 – 24,9
45-64 ans	83,1	77,4 – 87,8	16,9	12,2 – 22,6
65 ans et plus	61,6	52,3 – 71,0	38,4	29,0 – 47,7
Total	**73,5**	**70,2 – 76,7**	**26,6**	**23,3 – 29,8**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Parmi les personnes avec un conjoint et celles vivant seules mais en ayant un « chum » ou une « blonde », 74 % d'entre eux n'éprouvent aucune difficulté dans leurs relations (tableau 25.7). Aucune association significative n'est notée avec le sexe et l'âge pour la région. Toutefois, les résultats selon le sexe indiquent comme pour le Québec que les hommes rapportent moins de difficulté dans leurs relations que les femmes (78 % c. 71 %).

Tableau 25.7

Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Pas de difficultés		A des difficultés	
	%	IC	%	IC
Hommes	77,7	72,5 – 83,0	22,3	17,0 – 27,5
Femmes	71,1	65,4 – 76,8	28,9	23,1 – 34,6
Sexes réunis				
15-24 ans	76,1	63,9 – 85,9	23,9*	14,2 – 36,1
25-44 ans	76,1	70,2 – 82,0	23,9	18,0 – 29,8
45-64 ans	72,7	65,1 – 79,4	27,3	20,6 – 34,9
65 ans et plus	71,5	58,4 – 82,4	28,5*	17,6 – 41,6
Total	**74,4**	**70,5 – 78,3**	**25,6**	**21,7 – 29,5**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

25.2.4 Intimité

Près de 22 % des personnes de 15 ans ou plus qui sont soit avec un conjoint, un « chum » ou une « blonde » ou soit à la recherche d'un conjoint manquent d'intimité (tableau 25.8). L'indice d'intimité en région comme au Québec est associé à l'âge. On compte davantage de personnes manquant d'intimité chez les 15-24 ans (33 %) comparativement aux autres groupes d'âge (22 %, 16 % et 16 %). De plus, sans que le résultat soit significatif, le manque d'intimité apparaît, comme au Québec, être plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 25.8

Indice d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Oui		Non	
	%	IC	%	IC
Hommes	20,4	15,9 – 24,9	79,6	75,1 – 84,1
Femmes	22,6	17,9 – 27,3	77,4	72,7 – 82,1
Sexes réunis				
15-24 ans	33,4	24,8 – 41,9	66,6	58,1 – 75,2
25-44 ans	21,8	16,5 – 27,0	78,2	73,0 – 83,5
45-64 ans	15,6*	10,7 – 21,7	84,4	78,3 – 89,3
65 ans et plus	16,4**	8,9 – 26,7	83,6	73,3 – 91,1
Total	**21,5**	**18,3 – 24,7**	**78,5**	**75,3 – 81,8**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Par contre, contrairement au Québec aucun lien n'a été observé dans la région entre le revenu et l'intimité.

25.2.5 Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence

La majorité de la population âgée de 18 ans et plus (56 % [52,1 – 59,8]) n'a connu aucun événement traumatisant durant l'enfance ou l'adolescence, 23 % [19,8 – 26,3] en ont éprouvé un, 11 % [8,6 – 13,5] en ont connu deux et 10 % [7,7 – 12,5] ont été aux prises avec trois événements ou plus (données non présentées).

Les événements traumatisants sont associés à l'âge (tableau 25.9), les 45 ans et plus ont connu en plus grande proportion que les 18-24 ans et les 25-44 ans aucun événement traumatisant durant l'enfance ou l'adolescence (65 % c. 43 % et 50 %). Sans que les différences soient significatives les donnés régionales reprennent la tendance provinciale voulant que plus d'homme que de femmes semblent n'avoir connu aucun événement traumatisant avant 18 ans.

Tableau 25.9

Indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Aucun		Un		Deux et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	58,3	52,9 – 63,8	22,5	17,9 – 27,1	19,2	15,1 – 24,0
Femmes	53,7	48,2 – 59,1	23,6	19,0 – 28,3	22,7	18,2 – 27,3
Sexes réunis						
18-24 ans	42,8	31,8 – 53,7	24,3*	15,4 – 35,1	33,0*	22,9 – 44,4
25-44 ans	49,8	43,7 – 55,8	24,6	19,4 – 29,8	25,6	20,4 – 30,9
45 ans et plus	65,0	59,6 – 70,4	21,4	16,7 – 26,0	13,6	9,9 – 18,0
Total	**56,0**	**52,1 – 59,8**	**23,1**	**19,8 – 26,3**	**21,0**	**17,8 – 24,1**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Le pourcentage de personnes qui estiment avoir un faible statut social se situe autour de 20 %. Sans que les différences soient significatives, on retrouve régionalement la tendance provinciale voulant que les hommes connaissent un plus faible soutien social. Ces différences non significatives se retrouvent aussi dans la région Mauricie et Centre-du-Québec pour plusieurs caractéristiques sociales qui ont la réputation d'exercer un effet discriminant sur d'autres variables de l'enquête sociale et de santé (par exemple, la perception de l'état de santé est sensible à des catégories comme le revenu et le niveau de scolarité). Rappelons toutefois que les données agglomérées pour l'ensemble du Québec, en fournissant des effectifs plus nombreux, démontrent que le pourcentage des personnes qui ont un faible soutien social est plus élevé parmi les gens qui ont une scolarité faible et parmi les gens qui sont considérés comme étant très pauvres en comparaison avec ceux qui ont des revenus moyens ou supérieurs à la moyenne. Il est intéressant d'observer en terminant que le statut d'activité (le fait de travailler ou de ne pas travailler), à l'échelle provinciale comme au palier régional, n'exerce pas d'influence sur le fait d'avoir un faible soutien social. Comme quoi le réseau d'entraide d'une personne est déterminé davantage par la qualité et la quantité des ressources dont elle dispose (revenus ou niveau de scolarité) que par le lieu qu'elle occupe dans l'espace social (présence sur le marché du travail ou non).

Près d'une personne sur six vit seule (les 65 ans et plus étant davantage concernés par cet état). Une minorité est malheureuse de cette situation, ce phénomène étant plus marqué chez les jeunes adultes et chez les hommes.

Les trois quarts des personnes ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » avec qui elles habitaient ou non. Toutefois, sur ce nombre, près du quart connaissaient des difficultés dans leur relation. Les femmes semblent connaître plus de difficultés à cet égard. En excluant les personnes vivant seules ne recherchant pas de conjoint, le cinquième de la population de 15 ans et plus manque d'intimité. Le phénomène est particulièrement marqué chez les plus jeunes.

Au chapitre des événements traumatisants vécus durant l'enfance et l'adolescence, les personnes de 18 à 44 ans sont plus nombreuses à en rapporter. Il s'agit de générations concernées davantage par certains phénomènes comme le divorce des parents notamment.

CHAPITRE 26
TRAVAIL ET SANTÉ

CÉLINE MICHEL

Introduction

Pour la 1re fois en 1998, l'enquête Santé Québec aborde le thème « Travail et santé ». Les données recueillies permettent de tracer un portrait de l'état santé de notre population de 15 ans et plus qui occupe un emploi rémunéré.

Les thèmes abordés dans l'enquête correspondent à certaines problématiques liées au travail et déjà ciblées par le MSSS dans la PSBE et par la CSST dans ses priorités d'action. Ces priorités visent les facteurs de risque professionnels et environnementaux incluant l'organisation du travail qui peuvent être à l'origine des traumatismes au travail, des maladies professionnelles (plus particulièrement celles du système respiratoire), des problèmes musculo-squelettiques et des problèmes de santé en général.

L'enquête Santé Québec ouvre la porte à l'étude de l'effet présumé des conditions et des caractéristiques de l'emploi sur la santé comme le suggèrent plusieurs auteurs. Les conditions considérées sont certaines composantes de l'organisation du travail, certains risques physiques et chimiques, les situations de tension avec le public ainsi que celles comportant de la violence physique, de l'intimidation et des paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés.

L'enquête Santé Québec pallie le manque de données populationnelles et permet d'estimer l'ampleur des lésions musculo-squelettiques et des maux de dos reliés au travail. On sait que les problèmes musculo-squelettiques représentent près de la moitié des lésions (accidents ou maladies) professionnelles déclarées et indemnisées annuellement. Malheureusement, les banques de données disponibles actuellement sous-estiment le nombre des lésions professionnelles et ne contiennent pas d'information sur l'environnement et les conditions de travail qui pourraient y être associés. De plus, l'intérêt d'une meilleure connaissance des lésions musculo-squelettiques reliées au travail découle du fait qu'elles comptent dans une proportion importante comme principale cause de l'incapacité dans la population québécoise. Enfin, l'étude des postures de travail étroitement liées à la tâche et à l'aménagement du poste de travail pourrait permettre de mieux comprendre les douleurs ressenties et faciliterait le développement et l'implantation de programmes de prévention. En ce qui concerne les problèmes de santé, en particulier ceux du système respiratoire, l'estimation de la prévalence de l'exposition aux agents causals de l'asthme professionnel tel que les solvants, les poussières et les fumées de soudage pourrait fournir des informations précieuses sur les atteintes respiratoires.

Quatre différents aspects de la relation entre le travail et la santé sont examinés dans le présent chapitre, soit certaines caractéristiques générales des travailleurs, diverses conditions de travail, les problèmes musculo-squelettiques des travailleurs et les postures de travail.

26.1 Aspects méthodologiques

26.1.1 Indicateurs

Les données proviennent des questions 48 à 52 et 71 à 97 du questionnaire autoadministré (QAA) ainsi que par les questions 76 à 78 et 165, 168 et 171 du questionnaire complété par l'intervieweur (QRI).

Notre population de référence correspond à tous les résidents de la région qui ont 15 ans et plus et qui occupent un emploi indépendamment de leur lieu de travail. Les caractéristiques générales des travailleurs incluent, en plus de l'âge et du sexe, les indicateurs suivants : le type d'emploi, la taille de l'entreprise, le statut de permanence, la syndicalisation, le type de profession et le statut d'emploi.

Les conditions de travail sont pour leur part identifiées par l'organisation du travail c'est-à-dire l'horaire de travail et la rémunération et par la fréquence de l'exposition aux risques ergonomiques, physiques et chimiques au cours des 12 derniers mois. Ces questions permettent de déterminer si le travailleur est exposé tout le temps, assez souvent, de temps en temps ou jamais au travail répétitif des mains et des bras, à la manipulation de charges lourdes, à des efforts lors de l'utilisation de machines ou d'outils, à des vibrations aux membres supérieurs ou au corps entier, à des bruits intenses, aux poussières de farine ou de bois, aux fumées de soudage, aux solvants et aux pesticides. Une autre question du QAA touche la violence physique, l'intimidation et les gestes ou paroles à caractère sexuel non désirés vécus en milieu de travail. La tension avec le public est également abordée.

Enfin la prévalence des lésions musculo-squelettiques a été évaluée par le biais de trois séries de questions portant sur : les problèmes sérieux de longue durée, les douleurs ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et celles ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 7 jours précédant l'enquête.

Pour les douleurs ressenties au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, le travailleur précise la partie du corps touchée et celle l'ayant le plus dérangé. Pour cette dernière douleur le répondant indiquait la durée de la douleur, sa relation perçue avec le travail, l'absentéisme en découlant et son impact sur le travail.

Par contre, pour les douleurs ressenties dans les 7 derniers jours, le répondant devait indiquer seulement la partie du corps et si elles étaient entièrement, partiellement ou aucunement reliées au travail.

Enfin, la posture générale (debout ou assise) est évaluée ainsi que les différents niveaux de contraintes qui leur sont associés.

26.1.2 Portée et limites des données

Cette enquête de type transversal ne permet pas d'établir des liens de cause à effet entre la santé des travailleurs et les conditions de travail. Certaines réserves s'appliquent également à la méthodologie. Des problèmes sont associés à la cueillette des données. On note le fait que les données sur les problèmes musculo-squelettiques sont dans plusieurs cas rapportées par une tierce personne. Il existe une possibilité de biais de mémoire pour les douleurs ressenties au cours des 12 derniers mois ce qui peut entraîner une sous-estimation ou une surestimation de ces problèmes.

26.2 Résultats

26.2.1 Caractéristiques générales des travailleurs

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, c'est près d'une personne sur deux soit, 52 % de la population de 15 ans et plus qui occupe un emploi rémunéré. Cette population de travailleurs est significativement inférieure à celle de la province (52 % c. 59 %). Cette différence avec le Québec s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Dans la région, seulement trois hommes sur cinq (60 %) sont au travail alors que les femmes sont moins de une sur deux (44 %) à occuper un emploi (tableau 26.1).

Tableau 26.1

Personnes occupant un emploi rémunéré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Région		Québec	
	%	IC	%	IC
Hommes	59,6 [a]	54,5 – 64,6	66,1	64,8 – 67,4
Femmes	44,1 [a]	38,9 – 49,2	51,4	50,0 – 52,8
Sexes réunis				
15-24 ans	37,5 [a]	29,1 – 45,9	50,4	48,0 – 52,8
25-44 ans	78,2	73,2 – 83,1	78,9	77,7 – 80,2
45-64 ans	50,3 [a]	43,7 – 57,0	60,1	58,3 – 61,8
65 ans et plus	2,5**	0,4 – 7,8	4,3	3,3 – 5,5
Total	**51,8** [a]	**48,2 – 55,5**	**58,7**	**57,7 – 59,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[a] Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La répartition des travailleurs par groupe d'âge montre que la proportion des travailleurs âgés de 15 à 24 ans (38 % c. 50 %) et celle des 44 à 64 ans (50 % c. 60 %) sont significativement moins importantes dans la région que pour l'ensemble du Québec. La différence persiste pour les 40 ans et plus lorsque les travailleurs sont regroupés en deux catégories : les moins de 40 ans (62 % [56,6 – 67,3] c. 68 % [67,0 – 69,6]) et les 40 ans et plus (44 % [38,9 – 48,6] c. 50 % [49,1 – 51,7]) (données non présentées).

26.2.2 Caractéristiques liées à l'emploi

Les différentes caractéristiques liées à l'emploi étudiées sont le type d'emploi (autonome, employeur unique, employeurs multiples), la taille de l'entreprise (20 travailleurs et moins, 21 travailleurs et plus), la syndicalisation (syndiqué, non syndiqué), le statut de permanence (permanent, temporaire, autre), le statut de l'emploi (temps plein, temps partiel) et le type de profession (manuelle, non manuelle, mixte).

Les travailleurs de notre région sont en majorité à l'emploi d'un seul employeur (77 %) (tableau 26.2). Près de 53 % d'entre eux travaillent dans des entreprises de 21 travailleurs et plus. Ils sont plus de deux travailleurs sur trois à ne pas être syndiqués (69 %). Ils occupent un emploi permanent dans 85 % des cas et sont au travail à temps plein (28 heures et plus) dans une proportion similaire (84 %). La proportion des travailleurs dont la profession est classée manuelle est équivalente à celle

des non manuelles (41 % c. 42 %). Seule cette dernière caractéristique distingue les travailleurs de la région de ceux de la province. Ils sont plus nombreux sur notre territoire à occuper une profession manuelle que dans la province (41% [35,7 – 46,6] c. 34% [32,5 – 35,0]).

Tableau 26.2

Type d'emploi, taille de l'entreprise, statut de syndicalisation, statut de permanence, statut d'emploi et type de profession selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

	Total		Hommes		Femmes		15-39 ans		40 ans et plus	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Type d'emploi										
À son compte	16,8	13,1 – 21,2	21,5	15,9 – 27,2	10,5*	6,1 – 16,6	15,9*	11,0 – 22,0	17,9*	12,4 – 24,6
Un employeur	76,9	72,5 – 81,2	74,8	68,8 – 80,8	79,6	72,3 – 85,7	77,1	70,3 – 82,9	76,6	69,5 – 82,8
Plus d'un employeur	6,3*	4,0 – 9,4	3,6**	1,5 – 7,2	9,9*	5,6 – 15,8	7,1**	3,8 – 11,7	5,5**	2,5 – 10,1
Taille de l'entreprise										
1 à 20 employés	47,0	41,9 – 52,2	46,4	39,6 – 53,2	47,9	40,0 – 55,8	47,3	40,3 – 54,4	46,7	39,2 – 54,3
21 employés ou plus	53,0	47,8 – 58,1	53,6	46,8 – 60,4	52,1	44,3 – 60,0	52,7	45,7 – 59,7	53,3	45,7 – 60,9
Statut de syndicalisation										
Syndiqué	31,1	26,4 – 35,8	34,8	28,4 – 41,2	26,1	19,4 – 33,6	30,3	23,9 – 36,7	32,0	25,1 – 39,0
Non syndiqué	68,9	64,2 – 73,6	65,2	58,8 – 71,6	74,0	66,4 – 80,6	69,7	63,3 – 76,2	68,0	61,0 – 75,0
Statut de permanence										
Permanent	85,1	81,1 – 88,6	84,5	78,9 – 89,1	85,9	80,0 – 90,7	82,1	76,0 – 87,2	88,5	82,8 – 92,9
Temporaire	14,9	11,4 – 18,9	15,5*	10,9 – 21,1	14,1*	9,0 – 20,5	17,9*	12,8 – 24,0	11,5*	7,1 – 17,3
Statut d'emploi										
Temps plein	83,8	79,5 – 87,6	91,7	86,9 – 95,3	73,3	65,3 – 80,3	81,9	75,4 – 87,3	85,9	79,6 – 90,9
Temps partiel	16,2	12,4 – 20,5	8,3*	4,8 – 13,1	26,7	19,7 – 34,7	18,1*	12,7 – 24,6	14,1*	9,1 – 20,4
Type de profession										
Manuel	40,9 ª	35,7 – 46,1	51,4	44,4 – 58,4	26,9	19,9 – 34,8	41,9	34,7 – 49,2	39,8	32,3 – 47,3
Non manuel	42,3	37,1 – 47,6	35,1	28,5 – 41,8	52,0 ª	43,9 – 60,0	42,1	34,9 – 49,4	42,5 ª	35,0 – 50,1
Mixte	16,8	13,0 – 21,1	13,5*	9,1 – 19,1	21,1*	14,9 – 28,6	15,9*	10,9 – 22,1	17,7*	12,2 – 24,3

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
ª Différence significative avec le Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'étude des caractéristiques de l'emploi en fonction des sexes montre que contrairement à ce qui est observé au niveau provincial, il n'existe aucune différence entre la situation des hommes et des femmes pour la taille de l'entreprise et le statut de permanence dans la région. Par contre, comme

pour le Québec, les femmes comptent moins de travailleuses manuelles que les hommes et travaillent davantage à temps partiel. Aussi, elles sont moins nombreuses à travailler à leur compte et sont plus nombreuses à travailler pour un seul employeur. Cependant, **les femmes de la région sont significativement moins nombreuses que celles de la province à avoir un travail non manuel (52 % [43,9 – 60,0] c. 62 % [60,3 – 64,1]).**

L'analyse de ces caractéristiques en fonction de l'âge ne fait ressortir aucune différence significative entre les 15-39 ans et les 40 ans et plus pour la région. Par ailleurs, **comparativement à ce qui est observé pour le Québec, la proportion de travailleurs de 40 ans et plus occupant une profession non manuelle est significativement moins importante dans la région (43 % [35,0 – 50,1] c. 52 % [50,3 – 54,2]).**

26.2.3 Conditions de travail

Organisation du travail

Les travailleurs de la région reçoivent une rémunération à la pièce ou au rendement « souvent ou tout le temps » dans une proportion de 9 %. Ils travaillent selon un horaire irrégulier ou imprévisible « souvent ou tout le temps » dans 32 % des cas et « assez souvent ou tout le temps » selon un horaire de nuit dans 9 % des cas (tableau 26.3). L'organisation du travail sur le territoire est comparable à ce qui est observé pour le Québec.

Tableau 26.3

Exposition à certaines conditions organisationnelles de travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et âge	Jamais		De temps en temps		Assez souvent ou tout le temps	
	%	IC	%	IC	%	IC
Rémunération à la pièce ou au rendement						
Hommes	86,4	81,0 - 90,8	4,0**	1,7 - 7,6	9,7*	6,0 - 14,5
Femmes	91,1	85,6 - 95,1	0,7**	0,0 - 3,6	8,2**	4,4 - 13,6
Sexes réunis						
15-39 ans	86,5	80,8 - 90,9	2,6**	0,9 - 6,0	10,9*	6,9 - 16,2
40 ans et plus	90,8	85,3 - 94,7	2,5**	0,7 - 6,1	6,8**	3,5 - 11,7
Total	**88,4**	**84,7 – 91,6**	**2,5****	**1,2 – 4,7**	**9,0***	**6,3 – 12,5**
Horaire irrégulier ou imprévisible						
Hommes	34,2	27,7 - 40,6	32,3	26,0 - 38,7	33,5	27,1 - 39,9
Femmes	40,9	33,2 - 48,7	28,6	21,6 - 36,4	30,5	23,2 - 37,7
Sexes réunis						
15-39 ans	36,7	29,9 - 43,4	31,0	24,5 - 37,5	32,3	25,8 - 38,9
40 ans et plus	37,6	30,2 - 44,9	30,4	23,4 - 37,4	32,0	25,0 - 39,1
Total	**37,1**	**32,1 – 42,0**	**30,7**	**26,0 – 35,5**	**32,2**	**27,4 – 37,0**
Horaire de travail de nuit						
Hommes	72,4	66,3 - 78,5	14,9*	10,3 – 20,5	12,7*	8,5 – 18,0
Femmes	91,5	86,0 - 95,4	3,7**	1,3 - 8,0	4,8**	2,0 - 9,5
Sexes réunis						
15-39 ans	83,4 [a]	77,5 - 88,4	8,8*	5,3 - 13,7	7,7*	4,4 – 12,4
40 ans et plus	77,3	70,2 - 83,4	11,5*	7,1 - 17,3	11,2*	6,8 – 16,9
Total	**80,6**	**76,2 – 84,5**	**10,1***	**7,2 – 13,6**	**9,3***	**6,5 – 12,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
[a] Différence significative avec le Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Contrairement à ce qui est observé provincialement, les différences selon le sexe ne sont pas significatives à l'exception de l'écart entre les hommes et les femmes pour le travail de nuit « de temps en temps » (15 %* c. 4 %**). Il faut cependant interpréter ces résultats avec prudence en particulier ceux dont le coefficient de variation est plus grand que 25 %. Ces données sont fournies à titre indicatif seulement. Toutefois les données épousent les tendances provinciales voulant que plus d'hommes que de femmes travaillent « assez souvent/tout le temps » selon un mode de rémunération au rendement (10 %* c. 8 %**), selon un horaire irrégulier ou imprévisible (34 % c. 31 %) ou selon un horaire de nuit (13 %* c. 5 %**).

De même, l'analyse de l'organisation de travail en fonction de l'âge ne montre aucune différence significative entre les deux groupes d'âge pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. Toutefois, **les travailleurs de 15 à 39 ans de la région sont significativement plus nombreux que ceux de la province à ne jamais travailler de nuit (83 % [77,5 – 88,4] c. 76 % [74,1 – 77,1]).**

Risques ergonomiques, physiques et chimiques

Dans la région, la répartition des travailleurs exposés aux différents risques à la santé associés au travail est comparable à celle observée dans la province (tableau 26.4). Ainsi, les risques ergonomiques, physiques et chimiques auxquels sont exposés « assez souvent/tout le temps » le plus grand nombre de travailleurs, en proportion, sont les efforts avec les outils et les machines (28 %), la manipulation de charges lourdes (26 %), les gestes répétitifs des mains et des bras (22 %), un environnement avec du bruit intense obligeant à crier (22 %), la présence de solvants organiques (17 %) et enfin, un travail occasionnant des vibrations aux membres supérieurs (15 %).

Tableau 26.4

Exposition à des risques physiques et chimiques selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Risques physiques et chimiques	Hommes		Femmes		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC
Travail répétitif des mains ou des bras						
Jamais	64,1	57,6 – 70,7	64,9	57,4 – 72,4	64,4	59,5 – 69,4
De temps en temps	14,1*	9,6 – 19,6	9,1**	5,1 – 14,7	11,9	8,8 – 15,7
Assez souvent ou tout le temps	21,8	16,2 – 27,5	26,1	19,4 – 33,7	23,6	19,3 – 28,0
Manipulation de lourdes charges						
Jamais	46,9	40,1 – 53,8	68,7	61,5 – 76,0	56,4	51,2 – 61,5
De temps en temps	27,0	20,9 – 33,1	22,8	16,5 – 30,2	25,2	20,7 – 29,7
Assez souvent ou tout le temps	26,1	20,0 – 32,1	8,5**	4,6 – 14,0	18,5	14,6 – 22,9
Efforts avec outils et machines						
Jamais	46,7	39,9 – 53,5	88,4	82,3 – 92,9	64,5	59,6 – 69,5
De temps en temps	25,6	19,7 – 31,6	9,1**	5,1 – 14,7	18,5	14,7 – 22,9
Assez souvent ou tout le temps	27,7	21,6 – 33,8	2,6**	0,7 – 6,5	16,9	13,2 – 21,2
Vibrations des membres supérieurs						
Jamais	81,3	54,6 – 68,0	95,0	90,3 – 97,8	75,8	71,4 – 80,2
De temps en temps	23,4	17,6 – 29,2	2,0**	0,4 – 5,6	14,2	10,7 – 18,2
Assez souvent ou tout le temps	15,3*	10,7 – 21,0	3,1**	1,0 – 7,1	10,0*	7,2 – 13,6
Vibrations au corps entier						
Jamais	70,6	64,3 – 76,8	99,6	96,8 – 100,0	83,1	78,8 – 86,8
De temps en temps	17,3*	12,4 – 23,1	0,4**	0,0 – 3,2	10,0*	7,1 – 13,6
Assez souvent ou tout le temps	12,2*	8,0 – 17,4	0,0	- -	6,9*	4,5 – 10,1
Bruit intense obligeant à crier						
Jamais	52,4	45,6 – 59,3	87,5	81,3 – 92,3	67,5	62,7 – 72,4
De temps en temps	25,6	19,6 – 31,5	7,1**	3,6 – 12,3	17,6	13,8 – 21,9
Assez souvent ou tout le temps	22,0	16,4 – 27,7	5,4**	2,4 – 10,2	14,9	11,4 – 18,9
Poussières de farine						
Jamais	95,7	91,9 – 98,0	96,1	91,7 – 98,5	95,8	93,2 – 97,6
De temps en temps	1,9**	0,5 – 4,9	1,9**	0,4 – 5,5	1,9**	0,8 – 3,9
Assez souvent ou tout le temps	2,4**	0,8 – 5,6	2,0**	0,5 – 5,7	2,3**	1,0 – 4,4
Poussières de bois						
Jamais	79,6	74,1 – 85,1	98,0	94,5 – 99,6	87,5	83,7 – 90,8
De temps en temps	8,2*	4,9 – 12,8	1,3**	0,2 – 4,5	5,2*	3,2 – 8,0
Assez souvent ou tout le temps	12,2*	8,1 – 17,5	0,8**	0,0 – 3,7	7,3*	4,8 – 10,4
Agresseurs associés à asthme prof.						
Jamais	77,6	71,9 – 83,3	94,7	89,9 – 97,6	84,9	80,8 – 88,5
De temps en temps	9,4*	5,7 – 14,2	3,1**	1,0 – 7,3	6,7*	4,4 – 9,8
Assez souvent ou tout le temps	13,0*	8,7 – 18,4	2,2**	0,5 – 5,9	8,4*	5,7 – 11,7
Fumées de soudage						
Jamais	72,6	66,4 – 78,7	98,7	95,4 – 99,8	83,8	79,6 – 87,5
De temps en temps	19,0	13,8 – 25,0	0,9**	0,1 – 3,9	11,1	8,1 – 14,9
Assez souvent ou tout le temps	8,5*	5,1 – 13,2	0,4**	0,0 – 3,2	5,0*	3,0 – 7,8
Solvants organiques						
Jamais	58,6	51,9 – 65,3	86,8	80,5 – 91,7	70,7	66,1 – 75,4
De temps en temps	24,6	18,7 – 30,5	9,0**	5,0 – 14,6	17,9	14,1 – 22,2
Assez souvent ou tout le temps	16,8*	12,0 – 22,6	4,2**	1,7 – 8,7	11,4	8,3 – 15,1
Pesticides						
Jamais	86,8	81,4 – 91,1	97,7	93,9 – 99,4	91,5	88,1 – 94,1
De temps en temps	10,2*	6,4 – 15,1	1,4**	0,2 – 4,8	6,4*	4,1 – 9,4
Assez souvent ou tout le temps	3,0**	1,2 – 6,4	0,9**	0,1 – 4,0	2,1**	0,9 – 4,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les hommes sont significativement plus exposés à ces risques (sauf pour le travail répétitif des mains et des bras) que les femmes, ainsi qu'aux poussières de bois, aux agresseurs associés à l'asthme professionnel, aux fumées de soudage et aux pesticides.

Situation de tension avec le public

Les travailleurs de la région sont en contact avec le public dans une proportion de 81 % [76,2 – 84,7]. Plus d'un travailleur sur quatre (27 % [22,5 – 31,7]) disent vivre assez souvent ou très souvent des situations de tension avec le public et si on ne considère que ceux ayant des contacts 34 % [28,1 – 39,0].

Sur le territoire, les hommes sont aussi nombreux que les femmes à avoir des contacts avec le public (81 %) alors qu'au Québec une proportion significativement moins grande d'hommes que de femmes vivent cette situation.

Le fait d'être travailleur autonome semble prédisposer à ces situations de tension puisqu'une proportion plus grande de travailleurs autonomes que de travailleurs ayant un employeur sont confrontés à des tensions avec le public « de temps en temps » ou « souvent/très souvent ». Sans que les différences observées soient significatives, ces tendances sont similaires à celles du Québec. Il faut cependant interpréter ces données avec prudence compte tenu des faibles effectifs régionaux (données non présentées).

Violence physique, intimidation, paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés

En Mauricie et au Centre-du-Québec, près de 2 % des travailleurs rapportent avoir été victime de violence physique au travail au cours des 12 derniers mois (tableau 26.5).

Les victimes d'intimidation représentent 18 % de cette population alors que 3 % disent avoir été l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés. Cette situation est comparable à ce qui est observée au niveau de la province.

Tableau 26.5

Violence physique, intimidation et paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Non		Oui	
	%	IC	%	IC
Violence physique				
Hommes	98,4	95,6 - 99,6	1,6**	0,4 - 4,4
Femmes	98,0	94,3 - 99,5	2,1**	0,5 - 5,7
Total	**98,2**	**96,3 – 99,3**	**1,8****	**0,7 – 3,7**
Intimidation				
Hommes	82,4	76,6 - 87,3	17,6	12,7 - 23,5
Femmes	82,1	75,2 - 87,8	17,9	12,2 - 24,8
Total	**82,3**	**78,0 – 86,1**	**17,8**	**14,0 – 22,1**
Paroles ou gestes à caractère sexuel				
Hommes	99,7	97,7 - 100,0	0,3**	0,0 - 2,3
Femmes	92,5	87,2 - 96,1	7,5**	3,9 - 12,9
Total	**96,6**	**94,2 – 98,2**	**3,4****	**1,8 – 5,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'analyse selon le sexe ne montre aucune différence significative entre le vécu des hommes et des femmes dans la région en ce qui regarde la violence physique et l'intimidation. Par contre, une proportion significativement plus importante de femmes que d'hommes rapportent de l'intimidation et des paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés (7,5 %** c. 0,3 %**). Le coefficient de variation est important à cause d'effectifs trop restreints sur notre territoire mais cette différence s'observe pour le Québec.

26.2.4 Problèmes musculo-squelettiques

Les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée

Les problèmes musculo-squelettiques de longue durée regroupent les problèmes sérieux de dos ou de la colonne, d'arthrite ou de rhumatisme et d'autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons. Près de 15 % [11,2 – 18,6] des individus occupant un emploi rémunéré dans la région déclarent souffrir de problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée. Cette

prévalence de problèmes est significativement moins importante chez ces dernières personnes que chez les non-travailleurs (23 % [18,9 –27,8]). Cette situation prévaut également pour l'ensemble du Québec et est partiellement attribuable à la structure par âge. Des effectifs insuffisants nous empêchent d'analyser ces données en fonction du sexe, de l'âge et de faire des liens avec les risques et les contraintes physiques du travail (données non présentées).

Les symptômes musculo-squelettiques sur une période de 12 mois

Comme pour le Québec, les travailleurs de la région ont dans une proportion de 83 % [79,2 – 87,1] ressentis des douleurs importantes à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 12 derniers mois qui les ont dérangés dans leurs activités (données non présentées).

Les travailleurs rapportent des douleurs « assez souvent ou tout le temps » dans des proportions de 20 % pour les douleurs aux membres inférieurs, 21 % pour les douleurs aux membres inférieurs incluant la hanche et 21 % pour les douleurs aux membres supérieurs (tableau 26.6). Quel que soit le site de la douleur, on ne note aucun écart significatif entre les hommes et les femmes, mais les valeurs régionales épousent les tendances provinciales voulant que les femmes présentent davantage de douleurs que les hommes peu importe le siège de la douleur.

Tableau 26.6

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Douleurs ressenties	Total		Hommes		Femmes	
	%	IC	%	IC	%	IC
Douleurs aux membres inférieurs						
Jamais	50,5	45,4 - 55,7	51,0	44,2 – 57,8	49,9	42,1 - 57,8
De temps en temps	29,5	24,9 - 34,2	31,4	25,1 – 37,8	27,1	20,3 - 34,8
Assez souvent/tout le temps	19,9	15,9 - 24,4	17,6*	12,6 – 23,5	23,0	16,7 - 30,4
Douleurs aux membres inférieurs (hanches comprises)						
Jamais	48,3	43,2 - 53,5	48,7	41,9 – 55,5	47,8	40,0 - 55,7
De temps en temps	30,5	25,7 - 35,2	32,4	26,0 – 38,8	27,9	21,0 - 35,6
Assez souvent/tout le temps	21,2	17,0 - 25,4	18,9	13,8 – 24,9	24,3	17,8 - 31,7
Douleurs aux membres supérieurs						
Jamais	48,2	43,1 - 53,3	49,5	42,7 – 56,3	46,5	38,6 - 54,3
De temps en temps	31,3	26,5 - 36,1	32,6	26,2 – 38,9	29,6	22,6 - 37,4
Assez souvent/tout le temps	20,5	16,4 - 24,7	17,9	13,0 – 23,9	24,0	17,5 - 31,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La présence de la douleur ne peut être associée de façon significative au travail répétitif des mains et des bras, à la manipulation de charges lourdes, aux efforts avec des outils et des machines et enfin, aux vibrations aux membres supérieurs et au corps entier. Alors qu'au Québec, une proportion significativement plus importante de travailleurs exposés que de non exposés présentent des douleurs et que cette proportion est plus élevée chez les travailleurs exposés « assez souvent/tout le temps » que chez ceux exposés « de temps en temps ».

Plus spécifiquement, plusieurs contraintes physiques de travail sont associées aux douleurs ayant dérangé les activités lorsqu'elles sont ressenties « souvent/tout le temps ». Les travailleurs exposés « assez souvent » au travail répétitif des mains et des bras, à la manipulation de charges lourdes, aux efforts avec des outils et des machines et enfin, aux vibrations aux membres supérieurs et au corps entier, ont dans une proportion plus importante des douleurs « souvent/tout le temps », aux membres inférieurs, aux membres inférieurs incluant les hanches et aux membres supérieurs que ceux qui n'y sont jamais exposés. À l'encontre du Québec, ces résultats ne sont significatifs en région que pour le travail répétitif des mains et des bras peu importe le site, la manipulation de

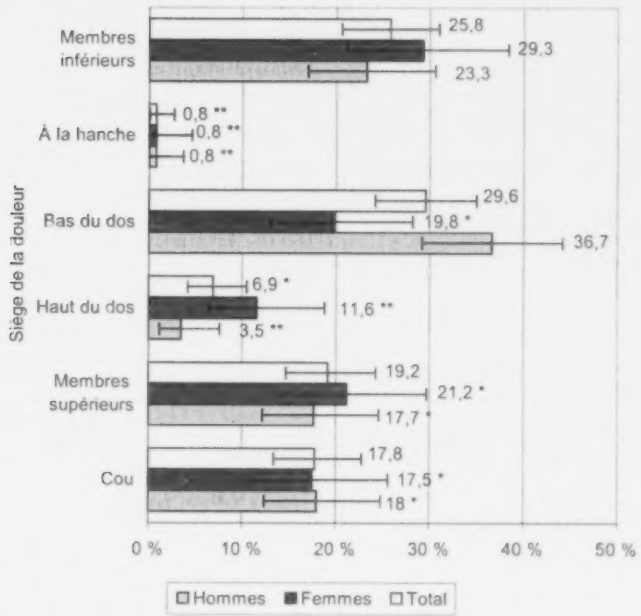
charges lourdes avec la douleur aux membres inférieurs et la douleur aux membres inférieurs incluant la hanche et, finalement, les vibrations des membres supérieurs et du corps entier en lien avec la douleur aux membres supérieurs, Toutefois, les valeurs régionales reprennent les tendances provinciales.

Douleurs musculo-squelettiques les plus dérangeantes

Les principales parties du corps touchées par la douleur la plus invalidante sur une période de 12 mois sont par ordre d'importance le bas du dos (30 % [24,2 – 35,0]); les membres inférieurs (26 % [20,6 – 31,0]), les membres supérieurs (19 % [14,7 – 24,3]) et le cou (18 % [13,4 – 22,8]) (figure 26.1). La situation dans la région est comparable à celle de la **province à l'exception des douleurs aux membres inférieurs qui affectent significativement plus les travailleurs de la région que ceux de l'ensemble du Québec (26 % [20,6 – 31,0] c. 19 % [17,9 – 20,2])**. Les hommes sont, en proportion, significativement plus affectés que les femmes par des douleurs au dos tant dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (37 % [29,2 – 44,2] c. 20 % [13,0 – 28,2]) que dans la province. L'inverse est observée pour les douleurs au cou et dans le haut du dos au Québec. Ces différences ne sont cependant pas significatives dans la région quoique les valeurs régionales pour le haut du dos suivent les tendances provinciales.

Figure 26.1

Douleurs musculo-squelettiques ayant le plus dérangé selon la partie du corps et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les douleurs reliées au travail et leurs conséquences

Près de deux travailleurs sur trois (62 % [55,0 – 67,4]) associent les douleurs ressenties en partie (31 % [24,9 – 36,6]) ou entièrement (31 % [24,7 – 36,4]) au travail. Pour les autres (39 % [32,5 – 44,9]), aucun lien n'est établi entre les douleurs et le travail (données non présentées).

L'apparition de la douleur remonte à plus de deux ans dans 50 % [43,9 – 55,7] des cas et celle-ci est présente depuis au moins 1 an pour deux travailleurs sur trois (66 % [60,0 – 71,3]). Par ailleurs, la présence de douleur a entraîné des absences du travail dans 10 %* [6,5 – 14,0] des cas. Les arrêts de travail ont été d'une durée de moins de 3 semaines dans 66 % des cas alors que des arrêts de trois mois et plus affectent 12 %** des travailleurs absents (données non présentées).

Enfin, les douleurs ressenties ont eu des conséquences sur le travail (tableau 26.7). Parmi les travailleurs ayant ressenti des douleurs, 4 %** ont cessé de travailler complètement. La présence de douleurs a entraîné une modification du poste de travail dans 14 %* des cas, un changement de tâche ou de façon de faire au même emploi (12 %*), un arrêt de travail temporaire (8 %) et la réduction des heures de travail (5 %**). Malgré les coefficients de variation importants les valeurs sont comparables à celles de la province.

Tableau 26.7

Conséquence des douleurs ressenties sur le travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Impact de la douleur	%	IC
Arrêt de travail total	3,5**	1,7 – 6,5
Arrêt de travail temporaire	8,3*	5,3 – 12,3
Changement d'employeur	0,8**	0,1 – 2,7
Changement d'emploi dans la même entreprise	1,7**	0,5 – 4,0
Changement de tache ou de façon de travailler dans le même emploi	12,0*	8,4 – 16,5
Modification du poste de travail	13,6*	9,7 – 18,2
Réduction des heures de travail	4,8**	2,6 – 8,1
Autres changements au travail	0,8**	0,1 – 2,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les symptômes musculo-squelettiques sur une période de 7 jours

Les douleurs musculo-squelettiques ressenties dans les 7 derniers jours sont rapportées par une proportion similaire de travailleurs que les douleurs ressenties au cours des 12 derniers mois. Près de 19 % et 20 % des répondants rapportent des douleurs aux membres inférieurs et aux membres inférieurs incluant la hanche et 18 % aux membres supérieurs (tableau 26.8).

Pour chacune des parties du corps, environ de 12 % à 13 % des travailleurs associent ces douleurs en partie ou en tout au travail. Les douleurs aux membres supérieurs sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes (16 % c. 10 %). Sans que la différence entre les sexes ne soit significative, elle est dans le sens des résultats du Québec.

Tableau 26.8

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours selon les membres touchés et douleurs musculo-squelettiques perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Parties du corps	Douleurs ressenties au cours d'une période de 7 jours						Douleurs perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail					
	Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Membres inférieurs	17,1*	12,1 – 23,2	20,7*	14,5 – 28,1	18,7	14,7 – 23,2	10,5*	6,6 – 15,8	14,1*	8,9 – 20,7	12,1	8,8 – 16,0
Membres inférieurs (hanches comprises)	17,4*	12,3 – 23,5	23,3	16,8 – 31,0	20,0	15,7 – 24,3	11,0*	6,9 – 16,3	16,1*	10,6 – 23,1	13,2	9,8 – 17,3
Membres supérieurs	15,5*	10,8 – 21,2	22,0*	15,6 – 29,6	18,3	14,4 – 22,8	10,2*	6,3 – 15,2	16,0*	10,5 – 22,8	12,6	9,4 – 16,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

26.2.5 Posture de travail

La principale posture de travail

La position debout est la principale posture de travail. Dans notre région, la proportion des travailleurs debout est de 61 %. La tendance selon l'âge et le sexe observée dans la région est la même que la situation provinciale même si les écarts ne sont significatifs que pour la province (tableau 26.9). Ainsi, plus d'hommes que de femmes travaillent surtout en position debout (64 % c. 58 %) et les travailleurs de moins de 40 ans sont plus nombreux que les autres (64 % c. 58 %) à occuper cette posture.

Tableau 26.9

Posture de travail debout ou assise selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

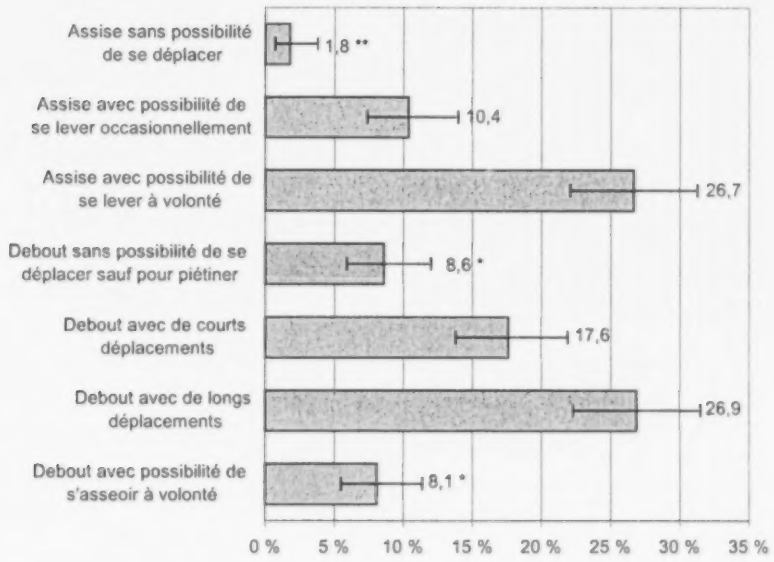
Sexe et groupe d'âge	Debout		Assis	
	%	IC	%	IC
Hommes	63,6	57,0 – 70,1	36,4	29,9 – 43,0
Femmes	57,8	50,0 – 65,7	42,2	34,3 – 50,0
Sexes réunis				
15 à 39 ans	64,1	57,4 – 70,9	35,9	29,1 – 42,6
40 ans et plus	57,7	50,1 – 65,2	42,4	34,8 – 49,9
Total	**61,1**	**56,1 – 66,2**	**38,9**	**33,8 – 43,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les différentes postures de travail ne diffèrent pas significativement entre les travailleurs de la région et ceux de la province (figure 26.2). Plus des trois-quarts des personnes qui travaillent assises peuvent se lever à volonté alors que seulement un individu sur six travaillant debout peut s'asseoir à volonté. Il est à noter, toutefois, que la proportion des personnes qui travaillent en position assise avec possibilité de se lever à volonté est significativement moins importante dans la région que dans l'ensemble du Québec (27 % [22,1 – 31,3] c. 33 % [31,9 – 34,4]).

Figure 26.2

Posture de travail générale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Des effectifs régionaux trop restreints empêchent d'analyser la relation entre la profession et la position debout.

Si au Québec la présence de douleur au cours des 12 derniers mois est légèrement plus marquée chez les travailleurs occupant une position debout, la région n'affiche pas cette tendance avec des présences de douleurs de 85 % [78,0 – 90,6] chez ceux qui travaillent assis et de 82 % [76,6 – 87,2] chez ceux qui travaillent debout (données non présentées).

Les résultats obtenus confirment qu'une plus grande proportion de travailleurs sont affectés par des douleurs « assez souvent/tout le temps » lorsqu'ils occupent une position debout (tableau 26.10) même si, à l'encontre du Québec, les différences observées pour les membres supérieurs ne sont pas significatives. Ainsi, les douleurs ressenties « assez souvent/tout le temps » aux membres inférieurs sont significativement plus importantes chez les travailleurs debout que chez ceux qui sont assis (23 % c. 15 %*). Il en est de même également pour les douleurs aux membres inférieurs incluant la hanche (25 % c. 16 %).

Tableau 26.10

Présence de douleurs ressenties perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le site et la posture de travail générale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Douleurs reliées au travail	Membres inférieurs		Membres inférieurs (hanches comprises)		Membres supérieurs	
	%	IC	%	IC	%	IC
Debout						
Jamais	46,3	39,7 - 52,9	44,7	38,1 - 51,3	48,8	42,1 - 55,4
De temps en temps	30,4	24,3 - 36,5	30,7	24,5 - 36,8	29,9	23,8 - 36,0
Assez souvent/tout le temps	23,3	17,7 - 28,9	24,7	18,9 - 30,4	21,4	15,9 - 26,8
Assis						
Jamais	58,3	50,1 - 66,6	55,4	47,1 - 63,7	47,6	39,2 - 56,0
De temps en temps	27,2	20,0 - 35,4	28,9	21,5 - 37,2	33,7	25,8 - 41,7
Assez souvent/tout le temps	14,5*	9,1 - 21,5	15,7*	10,1 - 22,9	18,7*	12,6 - 26,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Pour la première fois, l'enquête Santé Québec fournit des informations sur des aspects spécifiques à la santé en relation avec le travail. Les premières analyses disponibles donnent un aperçu des risques auxquels sont exposés les travailleurs en plus de nous permettre de mieux cerner la réalité quotidienne de notre population en regard des caractéristiques liées à leur emploi. Un volet important de l'enquête touche les problèmes musculo-squelettiques et permet d'identifier les principales parties du corps affectées par la douleur et de faire le lien avec certaines conditions de travail.

Les résidents de notre territoire âgés de 15 ans et plus sont significativement moins nombreux à occuper un emploi rémunéré que dans le reste de la province (52 % c. 58 %). Cette différence est attribuable à un nombre moins important d'hommes au travail (60 % c. 66 %). On observe également une différence en fonction de l'âge. Il y a moins de travailleurs dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec chez les 15-24 ans et chez les 44-64 ans que pour l'ensemble du Québec.

Les caractéristiques liées à l'emploi (type d'emploi, taille de l'entreprise, syndicalisation, statut d'emploi, statut de permanence, type de profession) dans la région sont comparables à celles observées pour l'ensemble des travailleurs de la province, sauf que nos travailleurs exercent dans une plus grande proportion une profession manuelle.

Dans notre région, l'analyse de ces caractéristiques en fonction du sexe montre des différences entre les hommes et les femmes pour le statut d'emploi et le type de profession. La réalité provinciale est tout autre. Les caractéristiques liées à l'emploi des hommes diffèrent de celles des femmes pour toutes ces caractéristiques, sauf pour la syndicalisation.

On note également que les femmes de la région sont moins nombreuses à occuper des professions non manuelles que dans l'ensemble de la province.

L'étude de ces caractéristiques en fonction de l'âge se limite à deux catégories, soit les 39 ans et moins et les 40 ans et plus à cause d'effectifs trop restreints en région. Il est par conséquent impossible de vérifier si les jeunes de 15 à 24 ans dans notre région travaillent dans les mêmes conditions défavorables que celles observées au niveau provincial.

Il ressort de l'enquête que l'exposition des travailleurs de la région aux diverses contraintes et aux risques ergonomiques, chimiques et physiques est semblable à celle des travailleurs de l'ensemble du Québec. Il faut cependant noter que les conditions de travail des hommes diffèrent de celles des femmes. Globalement, les hommes sont dans une plus grande proportion exposés à des contraintes organisationnelles, à des risques ergonomiques (à l'exception du travail répétitif des mains), à des risques physiques et chimiques alors que les femmes vivent plus souvent des situations de tension avec le public et qu'elles sont plus exposées à des paroles et des gestes à caractère sexuel non désirés.

L'enquête Santé Québec est la première enquête populationnelle à fournir des données sur la prévalence des problèmes musculo-squelettiques. Les individus de 15 ans et plus qui occupent un emploi rémunéré déclarent dans une proportion de 20 % avoir eu au cours de 12 derniers mois des douleurs importantes « souvent/tout le temps » à l'une ou l'autre des parties du corps qui ont dérangé leurs activités. Plusieurs contraintes de travail sont associées à ces douleurs. Il s'agit du travail répétitif des mains et des bras, de la manipulation de charges lourdes, des efforts avec des outils et des machines, de la vibration des membres supérieurs et au corps entier. En l'absence de relation significative entre l'exposition à ces contraintes et la présence de douleurs, on observe dans la région une tendance comparable à ce qui prévaut dans la province.

Les principaux sites de la douleur sont par ordre d'importance le bas du dos (38 %), les membres inférieurs (26 %), les membres supérieurs (19 %) et le cou (18 %). Les travailleurs dans notre région (un sur quatre) sont significativement plus affectés par les douleurs aux membres inférieurs que ceux de la province (un sur cinq). Par ailleurs, les hommes sont dans une plus grande proportion touchés par des douleurs au bas du dos tandis que les femmes le sont par les douleurs au cou et dans le haut du dos. Un peu moins de deux travailleurs sur trois associent en tout ou en partie leur douleur au travail.

Les conséquences entraînées par ces douleurs musculo-squelettiques dans notre région sont comparables à celles observées dans la province. Dix pour cent (10 %) des travailleurs ayant ressentis de la douleur ont du arrêter de travailler. Cet arrêt de travail a été d'une durée de moins de

trois semaines dans deux cas sur trois alors que 12 % des travailleurs se sont absentés plus de trois mois.

Pour mieux comprendre certaines douleurs musculo-squelletiques, on tente finalement de faire un lien entre la douleur et les postures de travail. La principale posture de travail est la position debout. On l'observe surtout chez les hommes (64 %) et chez les 39 ans et moins (64 %). Dans la région, les travailleurs occupent dans une proportion moins importante une position assise libre (26 % c. 33 %) que dans la province. La présence de douleurs ne semble pas spécifique à la posture de travail puisque plus de 80 % des travailleurs ressentent des douleurs qu'ils soient assis ou debout. Cependant, le site de la douleur est influencé par la posture. Les douleurs aux membres inférieurs touchent significativement plus de travailleurs debout qu'assis dans la région (23 % c. 15 %).

Les résultats obtenus dans ce chapitre donnent un aperçu des liens existants entre les conditions de travail, les risques ergonomiques, physiques et chimiques qui leurs sont associés et certains problèmes de santé telles que les douleurs musculo-squelettiques ressenties par la population des travailleurs de notre territoire. Cette enquête permet également d'observer l'apparition de nouvelles problématiques telles que la violence physique, l'intimidation et les gestes ou paroles à caractère sexuel non désirés.

Cependant, des limites importantes nous sont imposées compte tenu des effectifs régionaux restreints. Plusieurs analyses intéressantes obtenues au niveau provincial n'ont pu être reproduites et vérifiées pour notre région.

De plus, pour l'instant, l'analyse des données de l'enquête est restreinte à la population qui réside sur notre territoire. Cette approche diffère de celle employée par les équipes de santé au travail des directions de santé publique qui ont la responsabilité d'intervenir auprès de tous les travailleurs de la région indépendamment de leur lieu de résidence. L'exclusion des travailleurs habitant hors des limites de notre territoire pourrait sous-estimer les risques reliés au travail sur notre territoire et leurs conséquences sur la santé.

Il ne reste plus qu'à souhaiter que des études subséquentes élargies d'une part à des groupes d'individus plus nombreux et d'autre part à tous les individus travaillant dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec viendront confirmer les résultats observés et permettront d'enrichir la réflexion afin d'ouvrir la voie à une meilleure compréhension des relations entre les conditions de travail et les problèmes de santé pour mieux orienter les interventions en santé au travail.

CHAPITRE 27
ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL AU TRAVAIL

YVES PEPIN

Introduction

L'environnement psychologique du travail, dans certaines de ses contraintes, peut contribuer au développement de problèmes de santé physique et psychologique. Les contraintes psychosociales du travail les plus souvent étudiées sont, soit une demande psychologique élevée, soit un faible niveau d'autonomie décisionnelle et, surtout, la combinaison de ces deux facteurs qui exerce une influence marquée sur le développement de problèmes de santé mentale. Ainsi, jusqu'à un certain point, une autonomie décisionnelle marquée au travail permet de tempérer les effets d'une demande psychologique forte, cette dernière étant davantage susceptible d'entraîner une détresse psychologique élevée lorsqu'elle est liée à peu d'autonomie. Cependant, une faible autonomie doublée d'une demande psychologique faible n'est pas sans entraîner des problèmes de santé du fait du sentiment d'impuissance qui peut en découler.

Par ailleurs, d'autres déterminants de la santé tels le soutien social et la satisfaction vis-à-vis la vie sociale ou encore l'adoption de certains comportements et habitudes de vie apparaissent aussi avoir un lien avec l'environnement psychosocial du travail et demandent à être documentés.

Les informations présentées dans ce chapitre s'appuient sur les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances sur les déséquilibres psychologiques d'origine professionnelle dans le but de réduire les problèmes de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, [MSSS] 1992).

L'autonomie décisionnelle, la demande psychologique au travail et la contrainte psychosociale traitées dans ce chapitre sont présentées selon le sexe et l'âge. De plus, l'autonomie décisionnelle au travail est abordée, tant sous l'angle de son évolution de 1992-1993 à 1998 que selon certaines caractéristiques socioéconomiques (le revenu des ménages, la scolarité relative, la catégorie professionnelle et les heures quotidiennes travaillées). Certains déterminants de la santé telles la satisfaction de la vie sociale et la perception de la santé mentale sont aussi croisés avec l'autonomie décisionnelle.

27.1 Aspects méthodologiques

27.1.1 Indicateurs

La population de référence de ce chapitre est constituée des 15 ans et plus qui occupaient un emploi de 25 heures et plus par semaine au moment de l'enquête. Cette sous-population est obtenue par le

questionnaire rempli par l'intervieweur (QAA). La question QAA161 permet de connaître la population active au sein des ménages et la question QAA168, le nombre d'heures travaillées. Quant aux questions sur l'environnement psychosocial du travail, elles sont tirées de la section VII du questionnaire autoadministré (QAA) sur le travail. L'autonomie décisionnelle au travail concerne deux aspects de la vie professionnelle soit la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles et la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Cette dimension se mesure par les neuf questions QAA53 à QAA61 tiré du « Job Content Questionnaire » *(JCQ)* repris dans l'enquête. De son côté, la demande psychologique au travail fait référence à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps. Elle provient, elle aussi de neuf questions (QAA62 à QAA70) également tirées du JCQ.

Pour une information plus complète sur la construction de ces deux indices à partir de la réponse aux questions, notamment sur les pointages attribués ou toute autre question méthodologique au sujet de ce chapitre, référez-vous au rapport provincial.

Par ailleurs, l'exposition aux contraintes psychosociales au travail est construite à l'aide des deux indices précédents et permet de les mettre en relation. Les personnes présentant une autonomie décisionnelle élevée et une demande psychologique faible (AD+ et DP-) ont des contraintes psychosociales au travail faibles. Au contraire, celles présentant une autonomie faible et une demande psychologique élevée (AD- et DP+) auront les contraintes les plus élevées. Les personnes présentant une autonomie décisionnelle faible doublée d'une demande psychologique faible (AD- et DP-) et celles ayant une autonomie décisionnelle élevée avec une demande psychologique élevée (AD+ et DP+) forment les catégories de contraintes intermédiaires.

27.1.2 Comparabilité avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*

L'autonomie décisionnelle au travail ayant été étudiée dans *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, ces données ont été comparées à celles de la présente enquête. Ceci a permis de mesurer l'évolution de cette contrainte dans la population de la région.

27.1.3 Portée et limites des données

L'utilisation du modèle de Karasek (JCQ) permet bien de mesurer l'effet des contraintes psychosociales du travail sur les risques de développer des problèmes de santé sévères chez les travailleurs. Toutefois, le caractère autorapporté peut entraîner un biais d'information. Quoiqu'il apparaît que les mesures basées sur les perceptions présentent des associations plus fortes avec la santé que des mesures plus objectives.

27.2 Résultats

27.2.1 Autonomie décisionnelle au travail

En Mauricie et au Centre-du-Québec, 55 % des personnes actives de 15 ans et plus occupant un emploi présentent une autonomie décisionnelle au travail faible (tableau 27.1), soit environ 67 000 personnes et 45 % affichent une autonomie élevée (approximativement 80 000 personnes). Cette différence non significative pour la région s'observe avec les résultats provinciaux.

Les hommes affichent une autonomie décisionnelle plus élevée que les femmes (52 % c. 35 %) (tableau 27.1). L'autonomie est moins importante chez les 15-24 ans que pour les autres groupes d'âge. Cette constatation, quoi que non significative, se retrouve aussi pour le Québec.

Tableau 27.1

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Elevée		Faible	
	%	IC	%	IC
Hommes	52,2	45,0 – 60,0	47,5	40,0 – 55,0
Femmes	34,6	25,8 – 43,4	65,4	56,6 – 74,3
Sexes réunis				
15-24 ans	34,0**	17,5 – 54,1	66,0	45,9 – 82,5
25-44 ans	45,3	37,8 – 52,8	54,7	47,2 – 62,2
45 ans plus	49,6	38,8 – 60,4	50,4	39,7 – 61,2
Total	**45,4**	**39,6 – 51,2**	**54,6**	**48,8 – 60,4**

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

À l'instar du Québec, le pourcentage de 15 ans et plus présentant une faible autonomie au travail a augmenté de 1992-1993 à 1998 en passant de 43 % à 55 % (tableau 27.2).

Tableau 27.2

Autonomie décisionnelle au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1992-1993 et 1998

Niveau d'autonomie	1992-1993		1998	
	%	IC	%	IC
Elevée	57,2 [b]	54,3 – 60,2	45,4	41,3 – 49,5
Faible	42,8 [b]	39,9 – 45,7	54,6	50,5, – 58,7

[b] Significativement différent du résultat de 1998.

Source : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Les données régionales ne présentent, contrairement au Québec, aucune association entre le niveau de revenu des ménages et l'autonomie décisionnelle au travail. Par contre, la population de 15 ans et plus ayant une faible scolarité se signale par une autonomie décisionnelle au travail faible plus importante que celle ayant une scolarité élevée (74 % [64,3 – 81,5] c. 43 % [35,9 – 50,9]) (données non présentées).

Par ailleurs, les professionnels et cadres supérieurs ainsi que les cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens de la région ont une autonomie décisionnelle élevée en plus grande proportion (81 % [60,7 – 93,7] et 78 % [63,8 – 88,1]) que les travailleurs de bureau, commerce et service, les contremaîtres et ouvriers qualifiés et, finalement, les ouvriers non qualifiés et manœuvres (28 % * [19,1 – 39,0], 40 % [29,1 – 51,5] et 29 %* [15,5 – 44,9]) (données non présentées).

Les valeurs régionales indiquent une plus grande autonomie décisionnelle avec le nombre d'heures travaillées. Ainsi, les personnes actives travaillant 45 heures et plus par semaine ont une autonomie plus importante que celles œuvrant moins de 35 heures (58 % c. 28 %**) (tableau 27.3).

Tableau 27.3

Autonomie décisionnelle au travail selon les heures hebdomadaires travaillées, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Heures travaillées	Elevée		Faible	
	%	IC	%	IC
Moins de 35 heures	27,8**	14,2 – 45,2	72,2	54,8 – 85,8
35-44 heures	44,4	37,1 – 51,6	55,7	48,4 – 62,9
45 heures et plus	57,6	45,3 – 69,9	42,4	30,2 – 54,7

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

L'autonomie décisionnelle est associée à la satisfaction envers la vie sociale. Ainsi, des individus satisfaits de leur vie sociale présentent en plus grande proportion une autonomie décisionnelle élevée au travail (61 % [48,5 – 71,7]) que ceux plutôt satisfaits (39 % [31,7 – 46,1]) ou non satisfaits (44 %* [25,2 – 63,4]. Ce dernier résultat n'est pas significatif mais va dans le sens des données québécoises (données non présentées).

En outre, l'autonomie décisionnelle élevée au travail apparaît moins importante chez ceux se percevant en bonne santé mentale (25 %** [13,2 – 39,6]) que chez ceux la percevant comme très bonne ou excellente (49 % [42,3 – 55,5]) (données non présentées).

27.2.2 Demande psychologique au travail

La demande psychologique élevée au travail concerne **environ 68 000 personnes actives** dans la région alors qu'**approximativement 80 000 personnes** présentent une demande psychologique faible (tableau 27.4). La plus forte proportion de personnes présentant une demande psychologique élevée (54 % c. 46 %) quoique non significative pour la région, s'observe néanmoins pour l'ensemble du Québec.

Les femmes présentent une demande psychologique élevée au travail en moins grande proportion que les hommes, ce résultat sans être significatif reprend la tendance provinciale. De même, les 15-24 ans connaissent en moins grande proportion que la population plus âgée une demande psychologique élevée au travail (les différences sont non significatives mais ce résultat est observé au Québec)

Tableau 27.4

Demande psychologique au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Elevée		Faible	
	%	IC	%	IC
Hommes	49,8	42,3 – 57,3	50,2	42,7 – 57,7
Femmes	40,0	30,9 – 49,1	60,0	50,9 – 69,1
Sexes réunis				
15-24 ans	30,8**	15,0 – 50,8	69,2	49,2 – 85,0
25-44 ans	49,6	42,1 – 57,1	50,4	42,9 – 57,9
45 ans plus	43,6	32,9 – 54,2	56,4	45,7 – 67,0
Total	45,9	40,1 – 51,8	54,1	48,3 – 59,9

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

À l'encontre du Québec, les données régionales ne permettent pas de détecter, pour la demande psychologique au travail, d'associations significatives avec la suffisance du revenu du ménage ou avec la catégorie professionnelle.

27.2.3 Contraintes psychosociales au travail

Au chapitre des contraintes psychosociales au travail (tableau 27.5) la région suit la tendance québécoise qui veut que davantage de personnes de 15 ans et plus se signalent par des contraintes psychosociales au travail intermédiaires qui associent une demande psychologique faible à une autonomie décisionnelle faible. Les autres catégories apparaissent avoir des valeurs plutôt similaires entre elles, mais les contraintes faibles (qui lient autonomie décisionnelle élevée à demande psychologique faible) se retrouvent au dernier rang.

Les valeurs régionales ne permettent pas de conclure à des différences significatives d'intensité de contraintes psychosociales au travail selon l'âge. La région présente une association selon le sexe. Les femmes sont davantage exposées aux catégories de contraintes psychosociales au travail impliquant une autonomie décisionnelle faible.

Tableau 27.5

Contraintes psychosociales au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe âge	DP- AD+ (faible)		DP+ AD+		DP- AD-		DP+ AD- (élevée)	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	24,3	18,1 – 31,4	28,2	21,6 – 35,6	25,7	19,3 – 32,9	21,8	15,8 – 28,7
Femmes	19,6*	12,7 – 28,1	15,0*	9,0 – 23,0	40,4	31,3 – 49,6	25,0*	17,3 – 34,0
Sexes réunis								
15-24 ans	19,7**	7,3 – 38,8	14,3**	4,1 – 32,5	49,4*	30,3 – 68,7	16,5**	5,3 – 35,1
25-44 ans	23,4	17,3 – 30,4	21,9	16,0 – 28,9	27,0	20,5 – 34,3	27,7	21,1 – 35,0
45 ans plus	21,4*	13,1 – 31,8	28,2*	18,8 – 39,3	34,7*	24,5 – 45,0	15,7**	8,5 – 25,4
Total	**22,4**	**17,6 – 27,3**	**23,0**	**18,1 – 27,9**	**31,5**	**26,1 – 37,0**	**23,1**	**18,1 – 28,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
DP = demande psychologique ; AD = autonomie décisionnelle ; + = élevé ; - = faible
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

Au chapitre de l'autonomie décisionnelle au travail, les proportions régionales ne diffèrent pas de celles du Québec. Plus de la moitié de la population active de la région présente une autonomie

faible au travail et cette proportion a même augmenté de 1992-1993 à 1998 passant de 43 % à 55 %. L'autonomie décisionnelle élevée apparaît plus importante chez les hommes, les 25 ans et plus, les personnes ayant une scolarité élevée, celles occupant un emploi professionnel ou semi-professionnel et pour les personnes ayant le plus d'heures travaillées hebdomadairement.

Le demande psychologique au travail ne présente, aussi, aucune différence selon l'âge et le sexe avec le Québec. Il en est de même, aussi des contraintes psychosociales au travail qui apparaissent associées au sexe comme au Québec.

Finalement, en lien avec certains comportements, l'autonomie décisionnelle au travail présente des liens significatifs en région avec la satisfaction vis-à-vis de la vie sociale et la perception de la santé mentale, les gens les plus satisfaits de leur vie sociale ou avec la meilleure perception de leur santé mentale affichent une autonomie décisionnelle plus importante.

CHAPITRE 28

COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ PAR UN RÉGIME D'ASSURANCE PRIVÉ

SYLVIE BERNIER

Introduction

Le Régime d'assurance maladie, mis en place au début des années 70, visait en premier lieu à permettre à toute personne résidant au Québec de recevoir les services de santé médicalement requis. La couverture des frais pour les services de santé est cependant incomplète. Ainsi, plusieurs services spécifiques ne sont actuellement couverts ou fournis gratuitement que pour les clientèles spécifiques comme, par exemple les prestataires de la Sécurité du revenu, les personnes âgées, les enfants de 0 à 9 ans ou de moins de 18 ans selon le service offert. D'autres services ne sont tout simplement pas couverts par le régime d'assurance public comme, par exemple les services de physiothérapie à l'extérieur du centre hospitalier, l'orthodontie, l'acupuncture ou la chiropractie.

Cette couverture incomplète peut entraîner, pour des personnes ayant des problèmes de santé, des dépenses supplémentaires. Une certaine iniquité peut alors apparaître envers les personnes ayant moins accès à des régimes d'assurance privés.

Enfin, des inquiétudes se sont manifestées face à l'augmentation de la part des dépenses de santé qui sont assumées privément. Entre autres, le virage ambulatoire pourrait accentuer le recours à des ressources complémentaires privées pour les services posthospitaliers.

Les objectifs du présent chapitre consistent à examiner la couverture des frais de santé par une assurance privée. Cette couverture sera également comparée selon certaines caractéristiques socioéconomiques, soit l'âge, le sexe, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu. Une estimation de la présence de déboursés effectués par les personnes ayant subi une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour est aussi réalisée.

28.1 Aspects méthodologiques

28.1.1 Indicateurs

Les données proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Le taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé correspond à la proportion de la population de tous âges qui bénéficie d'un régime d'assurance (QRI141). On a aussi distingué le taux de couverture selon le type d'assurance privée, soit une police individuelle ou familiale obtenue dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle, désignée ici comme un régime collectif privé, soit une police individuelle ou familiale obtenue auprès d'un courtier d'assurances, désignée alors comme un régime individuel privé (QRI142 à QRI144). Plusieurs sous-questions ont porté sur les services couverts par

les régimes d'assurance privés. La proportion de la population couverte par une assurance privée pour les services suivants a ainsi pu être estimée : soins hospitaliers (ex. : frais de séjour pour une chambre privée ou semi-privée), médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste, soins dentaires, examens de la vue, lunettes et verres de contact et services fournis par certains professionnels (physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, ostéopathes, etc.) (QRI145 à QRI150).

L'occurrence de déboursés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour est mesurée par la proportion de personnes qui ont effectué des déboursés pour de l'aide ou des soins à domicile parmi la population ayant vécu l'une ou l'autre de ces situations. Les faibles effectifs aux questions relatives aux déboursés ne permettent pas de traiter séparément les déboursés pour l'aide à domicile et pour les soins à domicile. Pour la même raison, aucune distinction n'a été faite entre les déboursés effectués à la suite d'une hospitalisation et ceux effectués à la suite d'une chirurgie d'un jour.

28.1.2 Comparabilité avec *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*

Les questions sur la couverture des frais de santé et sur les déboursés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour ont été conçues pour les besoins de la présente enquête à l'exception d'une seule, soit la question sur la couverture par une assurance privée (QRI141) qui provient de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Quoique le libellé de cette question soit identique, le contexte réglementaire et légal n'est pas le même pour les deux enquêtes avec l'arrivée en 1997 du régime obligatoire d'assurance médicaments.

28.1.3 Portée et limites des données

La question relative à la couverture des frais de santé par une assurance privée semble avoir été bien comprise lorsque l'on examine les réponses, selon les résultats attendus. On doit cependant s'attendre à une certaine méconnaissance des services couverts par le régime d'assurance privé, dans le cas des services peu fréquemment utilisés.

L'enquête permet d'estimer le pourcentage de la population dont le contrat d'assurance couvre différents services, par exemple les soins dentaires, mais ne fournit pas l'information sur le degré de couverture de ces services (type de services, fréquence, etc.), ni sur les frais encourus (franchises, copaiement, etc.).

Pour plus de renseignements sur la méthodologie et les limites des données de ce chapitre, veuillez vous référer au chapitre 28 du rapport provincial.

28.2 Résultats

28.2.1 Le taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Variations selon le sexe et l'âge

Plus de la moitié (51 %) de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est couverte par un régime privé ce qui représente **approximativement 239 000 personnes** (tableau 28.1). Les hommes sont couverts par les assurances privées dans une plus grande proportion que les femmes (56 % c. 46 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus sont celles ayant le plus faible taux de couverture par une assurance privée (22 %). Ces résultats sont semblables à ceux du Québec.

Par contre, la proportion de femmes couvertent par une assurance privée est plus faible dans la région que dans l'ensemble du Québec (46 % c. 52 % [51,2 – 53,5]). Cette situation est due à une diminution du taux de couverture pour les femmes de la région par rapport à 1992-1993 où le taux se chiffrait à 55 %. Cette baisse n'a pas été observée pour l'ensemble des Québécoises.

Tableau 28.1

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	%	IC
Hommes	56,0	51,5 – 60,6
Femmes	45,7 [a]	41,2 – 50,2
Sexes réunis		
0-14 ans	58,0	50,5 – 65,4
15-24 ans	52,2	43,8 – 60,7
25-44 ans	57,7	51,9 – 63,5
45-64 ans	51,2	44,8 – 57,7
65 ans et plus	21,9*	14,8 – 30,5
Total	**50,9**	**45,7 – 56,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
[a] Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu

Le taux de couverture par les régimes privés varie selon le statut d'activité. Parmi les personnes qui ont déclaré le travail comme occupation habituelle au cours des douze mois précédant l'enquête, près de 63 % des personnes qui occupent un emploi sont couvertes par un régime d'assurance privé contre 36 % pour ceux qui ne travaillent pas (tableau 28.2).

Le taux de couverture est influencé par la suffisance de revenu. Alors que 12 % des pauvres et très pauvres ont une assurance privée, c'est plus des trois quarts (77 %) des gens de classe moyenne supérieure et supérieure qui bénéficient d'une telle protection.

Tableau 28.2

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

	%	IC
Statut d'activité		
Travaille	62,7	57,8 – 67,6
Ne Travaille pas	36,2	31,4 – 41,0
Niveau de revenu		
Très pauvre et pauvre	11,7**	5,6 – 20,7
Moyen inférieur	48,4	40,2 – 56,5
Moyen supérieur et supérieur	77,3	69,2 – 84,0

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon le type de régime d'assurance

Parmi les personnes assurées, 88 % possèdent un régime d'assurance collectif obtenu dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle, 5 %** ont une assurance achetée auprès d'un courtier et moins de 1 %** ont un autre type d'assurance (ex. carte de crédit) (tableau 28.3). Aussi, 7 %** possèdent à la fois une assurance collective et une assurance individuelle. Les données avec deux astérisques ont des coefficients de variation plus grands que 25 % et ne sont fournies qu'à titre indicatif.

Tableau 28.3

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type d'assurance, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Type d'assurances	%	IC
Assurance collective provenant d'un emploi ou d'une activité professionnelle	87,9	82,2 – 92,2
Assurance individuelle provenant d'un courtier ou d'une compagnie d'assurance	4,8**	2,2 – 9,0
Autre type d'assurance	0,5**	0,01 – 2,9
Combinaison	6,9**	3,7 – 11,6

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Variations selon le type de services assurés

Près de 46 % de la population de la région est couverte par un régime d'assurance privé pour les frais de séjours hospitaliers et 48 % pour les médicaments prescrits (tableau 28.4). **Par contre, les frais dentaires sont couverts pour 24 % de la population de la région comparativement à 34 % [32,2 – 34,7] de l'ensemble des Québécois. Les frais pour les examens de la vue sont également couverts pour 21 % de la population de la région alors que c'est 27 % [25,7 – 28,1] de la population québécoise qui bénéficie de cette protection. Finalement, 21 % de la population régionale est couverte pour l'achat de lunettes et de verres de contact alors que c'est le cas de 26 % [25,2 – 27,6] des Québécois.**

Tableau 28.4

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type de services assurés, population totale, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Type de services	%	IC
Soins hospitaliers	46,2	41,0 – 51,4
Médicaments	47,6	42,4 – 52,7
Soins dentaires	24,1 [a]	19,7 – 28,6
Examens de la vue	21,2 [a]	16,9 – 25,6
Lunettes et verres de contact	21,4	17,1 – 25,7
Autres services	40,8	35,7 – 45,9

[a] Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

28.2.2 Déboursés pour les services posthospitaliers

Mentionnons seulement à titre indicatif (coefficients de variation plus grands que 25 %), qu'un pour cent (1 %** [0,03 – 5,2]) des personnes de la région qui ont été hospitalisées ou ont subi une chirurgie d'un jour ont dû débourser pour des soins ou de l'aide à domicile. Cette proportion est d'environ 2 %** [1,2 – 2,6] au niveau provincial. Les résultats de l'enquête ne permettent pas une analyse plus approfondie de cette clientèle (données non présentées).

Conclusion

Plus de la moitié de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est couverte par un régime d'assurance privé. Depuis 1992-1993, il y a eu diminution du taux de couverture chez les femmes de la région alors que ce n'est pas le cas pour l'ensemble des Québécoises. Par conséquent, la différence remarquée dans le taux de couverture entre hommes et femmes est encore plus marquée dans la région. Les personnes de 65 ans et plus ainsi que les personnes de faible revenu ont également un taux de couverture moindre.

La majorité des personnes assurées par un régime privé, le sont dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle. Près de la moitié de celles-ci sont couvertes pour les médicaments prescrits et les frais liés à un séjour à l'hôpital. Cependant, dans la région, on remarque que les gens sont proportionnellement moins nombreux à être couverts pour les soins dentaires, l'examen de la vue et pour l'achat de lunettes et de verres de contact comparativement à l'ensemble des Québécois. En ce qui concerne les soins dentaires, cette situation devient troublante si l'on tient compte du fait que les Québécois sont moins bien couverts que les autres Canadiens comme le mentionne le rapport provincial de la présente enquête. Finalement, une très faible proportion de personnes ayant été

hospitalisées ou ayant subi une chirurgie d'un jour ont dû débourser pour obtenir des soins ou de l'aide à domicile. Cette petite proportion est rassurante pour le moment, par contre, il faudra vérifier si ce pourcentage sera en augmentation dans les prochaines années.

CHAPITRE 29

SPIRITUALITÉ, RELIGION ET SANTÉ : UNE ANALYSE EXPLORATOIRE

CHRISTINE ROSS

Introduction

Bien que la spiritualité soit encore un concept difficile à mesurer et peu exploré, divers auteurs lui attribuent un lien avec la santé (Santé Québec 2000). Plus spécifiquement, la spiritualité aurait un lien avec le bien-être psychologique et augmenterait la capacité à faire face à la détresse et ainsi, à l'atténuer.

Dans le même sens, plusieurs études font état que la fréquentation d'un lieu de culte et la présence de convictions religieuses pourraient agir positivement sur la santé (Santé Québec 2000). La fréquentation d'un lieu de culte faciliterait l'accès au réseau de soutien social et de façon plus générale, la religion pourrait préconiser davantage des saines habitudes de vie et des comportements de santé. Il semble aussi que la participation religieuse soit reliée de façon positive à la santé mentale.

Enfin, dans le chapitre du rapport provincial portant sur ce sujet, la possibilité d'un lien entre les événements stressants de la vie et la fréquence des activités religieuses est soulignée. Le sens de l'association n'étant pas confirmé, les événements stressants pourraient soient inciter les individus à accroître la fréquence des comportements religieux ou soit la restreindre.

Ce chapitre est exploratoire. Il vise à examiner, dans la population de 15 ans et plus, le lien entre l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse ou la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte avec certains aspects de la santé. Des variables démographiques et socioéconomiques seront aussi mises en relation avec les dimensions de religion.

La présente enquête menée par Santé Québec permet pour la première fois de tenir compte de différentes dimensions du lien possible entre d'une part, les valeurs ou idéologies et d'autres part, la santé ou le bien-être des personnes. Une seule question permet la comparaison aux résultats de l'enquête menée en 1987, soit celle portant sur la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte. En 1992-1993, cette question n'avait pas été reprise.

29.1 Aspects méthodologiques

29.1.1 Indicateurs

Dans l'enquête de 1998, quatre questions introduites dans le questionnaire autoadministré (QAA) permettent l'exploration désirée dans ce chapitre soit :

- Importance accordée à la vie spirituelle (QAA157) dont les réponses sont regroupées en deux catégories : très ou assez importante; peu ou pas importante.
- Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale des personnes (QAA158).
- Appartenance religieuse (QAA229) dont les réponses ont été regroupées au niveau régional en deux catégories : aucune; catholique-autres.
- Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte (QAA230) dont les réponses ont été regroupées en trois catégories: plus d'une fois par mois; une fois par mois ou moins; jamais.

Enfin, l'indice de consommation de drogues utilisé dans ce chapitre diffère de celui utilisé dans le chapitre 5. À l'instar de l'analyse provinciale, l'indice utilisé ici exclut la consommation de tranquillisants ou de somnifères ainsi que les drogues ou autres médicaments sans prescription. Cette exclusion vise à ne conserver que la consommation de drogues illicites (prise de drogue sans prescription au cours de la vie et usage dans les 12 derniers mois des drogues illicites énumérées – QAA44 et QAA45).

29.1.2 Portée et limites des données

Une première limite des données présentées réside dans la difficulté de définir et donc de mesurer le concept de spiritualité étant donné que le sens et la portée peuvent différer pour chaque personne. Par ailleurs, une seconde limite est davantage attribuable à l'analyse descriptive qui ne permet pas de tenir compte des différentes dimensions pouvant interférer dans la relation entre d'une part, la spiritualité ou la religion et d'autre part, la santé. Une analyse statistique multivariée permettrait davantage d'isoler la contribution différente de la religion en tenant compte par exemple de certaines habitudes de vie. De plus, la corrélation plus importante entre la pratique d'une spiritualité et l'âge commanderait un contrôle stratégique de cette dernière variable.

Enfin, au Québec et encore plus en région, la très grande majorité de la population appartient à la religion catholique. Les faibles effectifs pour d'autres religions ont forcé le regroupement avec la religion majoritaire et ce, malgré leurs particularités.

29.2 Résultats

29.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 68 % de la population (**255 000 personnes approximativement**) considère la vie spirituelle très ou assez importante (tableau 29.1). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à accorder de l'importance à la vie spirituelle (76 % c. 59 %). Plus l'âge augmente et plus les personnes considèrent très ou assez importante la vie spirituelle passant dans la région de 37 % pour les 15 à 24 ans à 86 % pour les 65 ans et plus.

Tableau 29.1

Importance accordée à la vie spirituelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Importance accordée à la vie spirituelle			
	Très ou assez		Peu ou pas	
	%	IC	%	IC
Hommes	59,2	54,1 – 64,3	40,8	35,7 – 45,9
Femmes	75,7	71,3 – 80,1	24,3	19,9 – 28,7
15-24	36,8	28,5 – 45,1	63,2	54,9 – 71,5
25-44	68,0	62,3 – 73,6	32,0	26,4 – 37,7
45-64	76,1	70,5 – 81,8	23,9	18,2 – 29,5
65 et plus	86,0	78,1 – 91,8	14,0*	8,2 – 21,9
Total	**67,6**	**63,8 – 71,3**	**32,4**	**28,7 – 36,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Comme indiqué au tableau 29.2, près des trois quarts de la population régionale disent croire, beaucoup ou un peu, que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur santé mentale ou physique, constituant **environ 279 000 personnes**. **Comparativement à l'ensemble du Québec, la région Mauricie et Centre-du-Québec compte significativement moins de personnes considérant que les valeurs spirituelles n'ont pas du tout d'impact sur la santé mentale ou physique (17 % c. 21 % [20,4 – 22,2]).**

Les femmes de la région sont plus nombreuses que les hommes à considérer beaucoup l'effet positif des valeurs spirituelles sur la santé (47 % c. 33 %) et il en est de même à mesure que l'on vieillit, la proportion se situant à 15 % chez les 15 à 24 ans pour atteindre 65 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 29.2

Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale							
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		Ne sait pas	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	32,9	28,1 – 37,8	35,3	30,4 – 40,3	22,8	18,5 – 27,2	8,9*	6,2 – 12,4
Femmes	47,1	42,0 – 52,2	32,0	27,3 – 36,9	11,7	8,6 – 15,5	9,1*	6,4 – 12,5
15-24 ans	14,6*	9,0 – 21,8	36,0	27,7 – 44,3	24,5*	17,4 – 32,8	25,0*	17,8 – 33,3
25-44 ans	35,8	30,1 – 41,6	38,7	25,5 – 44,6	15,2	13,5 – 23,2	7,5*	4,6 – 11,4
45-64 ans	48,0	41,4 – 54,6	31,7	25,5 – 37,8	18,0	10,7 – 20,6	5,2**	2,7 – 9,0
65 ans et plus	64,9	55,9 – 73,8	23,0	15,5 – 31,9	10,8**	5,7 – 18,1	1,4**	0,1 – 5,8
Total	**40,1**	**36,2 – 44,0**	**33,6**	**29,9 – 37,4**	**17,2** [a]	**14,2 – 20,2**	**9,0**	**6,9 – 11,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
[a] Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

La fréquentation d'une église ou d'un lieu culte est plus importante dans la région que pour l'ensemble du Québec. Ainsi, dans la région, 32 % de la population fréquente une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois sur une période de 12 mois (tableau 29.3). Cette proportion régionale est plus élevée que celle enregistrée pour l'ensemble du Québec (26 % [25,1 – 26,9]). À l'opposé, moins de personnes de la région ne fréquentent jamais d'église ou de lieu de culte (25 % c. 31 % [30,4 – 32,2]). Les femmes de la région sont plus nombreuses à fréquenter un tel lieu plus d'une fois par mois que les hommes de la région (37 % c. 26 %), mais aussi que l'ensemble des Québécoises (30 % [28,4 – 30,9]). Parmi ceux qui déclarent fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, les proportions augmentent avec l'âge passant de moins de 10 % chez les 15 à 24 ans à 70 % chez les 65 ans et plus. Par ailleurs, comparativement à l'ensemble du Québec, les personnes de 45-64 ans de la région seraient plus nombreuses à fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois (42 % c. 33 % [31,7 – 35,1]). En contrepartie, la région dénombre moins de personnes de 45-64 ans (21 % c. 28 % [25,9 – 29,1]), mais aussi de 25-44 ans (28 % c. 34 % [32,6 – 35,5]) qui ne fréquentent pas d'église ou de lieu de culte.

Tableau 29.3

Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Sexe et groupe d'âge	Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois					
	Plus d'une fois par mois		Une fois par mois ou moins		Jamais	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hommes	26,1	21,5 – 30,7	44,8	39,6 – 50,0	29,1 [a]	24,3 – 33,8
Femmes	37,0 [a]	32,0 – 42,0	41,5	36,4 – 46,6	21,5 [a]	17,3 – 25,8
15-24 ans	7,8**	3,8 – 13,8	55,6	47,1 – 64,2	36,6	28,3 – 44,9
25-44 ans	20,1	15,3 – 24,9	51,9	45,9 – 57,9	28,0 [a]	22,6 – 33,4
45-64 ans	42,1 [a]	35,5 – 48,7	36,6	30,2 – 43,0	21,3 [a]	15,9 – 26,8
65 ans et plus	70,1	60,2 – 78,8	17,9*	11,0 – 26,8	12,0	6,4 – 19,9
Total	**31,6 [a]**	**28,2 – 35,0**	**43,1**	**39,5 – 46,8**	**25,3 [a]**	**22,1 – 28,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
[a] Significativement différent de l'ensemble du Québec
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Comparativement aux résultats de l'enquête menée en 1987 par Santé Québec (tableau 29.4), la fréquentation d'église ou de lieu de culte a diminué. En effet, 25 % de la population régionale dit ne jamais fréquenter ces lieux en 1998 alors que cette proportion était à 19 % en 1987. De plus chez les personnes fréquentant une église ou un lieu de culte, la diminution semble affecter davantage ceux dont la fréquentation se situe à plus d'une fois par mois, passant de 47 % en 1987 à 32 % en 1998.

La même tendance se reproduit selon le sexe et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Moins d'hommes et moins de femmes affichent une fréquentation assidue (plus d'une fois par mois) en 1998 qu'en 1987. En contrepartie, des proportions d'hommes et de femmes plus élevées qu'en 1987 se retrouvent dans les catégories « une fois par mois ou moins » et « jamais ».

La fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte a diminué pour chaque groupe d'âge entre 1987 et 1998. Les personnes de 15 à 24 ans sont les plus nombreuses à ne jamais fréquenter une église ou un lieu de culte et cette proportion a connu une augmentation depuis 1987. Il en est de même pour la catégorie dont la fréquence est d'une fois par mois ou moins.

Tableau 29.4

Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec,1987 et 1998

Sexe et groupe d'âge	Plus d'une fois par mois		Une fois par mois ou moins		Jamais	
	1987 %	1998 %	1987 %	1998 %	1987 %	1998 %
Hommes	44,1	26,1	34,9	44,8	21,0	29,1
Femmes	50,0	37,0	33,5	41,5	16,6	21,5
15-24 ans	30,2 [b]	7,8**	48,1	55,6	21,7 [b]	36,6
25-44 ans	33,9 [b]	20,1	43,1	51,9	23,0	28,0
45-64 ans	64,7 [b]	42,1	22,7 [b]	36,6	12,6* [b]	21,3
65 ans et plus	82,4	70,1	5,5**	17,9*	12,1*	12,0**
Total	**47,1** [b]	**31,6**	**34,2** [b]	**43,1**	**18,7** [b]	**25,3**

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
[b] Significativement différent du résultat de 1998.
Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Dans la région, seulement 9 % de la population (34 000 personnes environ) déclare n'avoir aucune appartenance religieuse actuellement, ce qui est moindre que dans la population québécoise (14 % [12,7 – 14,8]) (tableau 29.5). En contrepartie, 89 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soit **325 000 personnes approximativement** déclare une appartenance à la religion catholique romaine, proportion plus importante que dans l'ensemble du Québec (78 % [77,1 – 79,6]) (données non présentées). Le reste de la population dit appartenir à une autre religion. Bien que la grande majorité des personnes de tous les groupes d'âge à partir de 25 ans disent appartenir à une religion (catholique romaine ou autres), les 15-24 ans sont moins nombreux dans ce cas. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour le sexe des répondants.

Tableau 29.5

Appartenance religieuse actuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Groupe d'âge	Aucune		Catholique romaine et autres	
	%	IC	%	IC
15-24 ans	20,2*	13,6 – 28,2	79,8	71,8 – 86,4
25-44 ans	8,0*	5,0 – 11,9	92,0	88,1 – 95,0
45-64 ans	7,3*	4,1 – 11,6	92,8	88,4 – 95,9
65 ans et plus	3,7**	1,0 – 9,3	96,3	90,7 – 99,0
Total	**9,3 ª**	**7,1 – 12,0**	**90,7**	**88,0 – 92,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
ª Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Enfin, la seule relation statistiquement significative observée au niveau régional entre les valeurs spirituelles, la religion et le niveau de revenu concerne la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours des 12 derniers mois. Comme dans la population du Québec, le tiers des personnes catégorisées pauvres ou très pauvres (36 % [27,4 – 43,8]) fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois comparativement à 26 % [20,8 – 31,5] pour les personnes dont le niveau de revenu est moyen supérieur ou supérieur (données non présentées).

29.2.2 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon les habitudes de vie et le soutien social

Concernant la consommation de tabac, la proportion de fumeurs réguliers de la cigarette est moindre chez les personnes pour qui la vie spirituelle est très ou assez importante (27 %) que pour celles qui lui accordent peu ou pas d'importance (37 %) (tableau 29.6). Par ailleurs, en regard de la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, la proportion de fumeurs réguliers passe de 19 % à 41 % selon que la fréquentation diminue de plus d'une fois par mois à jamais. L'âge des personnes contribue à cette association puisqu'on retrouve moins de fumeurs réguliers chez les personnes plus âgées, lesquelles affichent davantage de valeurs élevées de fréquentation de lieux de spiritualité.

Les personnes qui considèrent la vie spirituelle très ou assez importante sont moins nombreuses à se classer « buveurs actuels » que celles pour qui cette importance est moindre (78 % c. 85 %). On retrouve aussi moins de buveurs actuels parmi la population fréquentant une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois comparativement aux personnes qui n'y vont jamais (71 % c. 84 %). Un effet d'âge explique en partie cette relation.

Toujours dans le même sens, plus de consommateurs d'une ou plusieurs drogues dans les 12 derniers mois se retrouvent parmi ceux pour qui la vie spirituelle est peu ou pas importante

comparativement à ceux pour qui l'importance est plus élevée (22 % c. 7 %). Enfin, malgré le manque de précisions des données régionales, la relation semble la même que celle observée pour la population québécoise soit que les proportions de consommateurs de drogues varient inversement avec la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte. En effet, plus la fréquentation augmente et moins on retrouve de consommateurs de drogues. L'âge des personnes contribue de façon marquée à cette association puisque les personnes âgées fréquentent davantage un lieu de culte et sont peu nombreuses à consommer des drogues.

Enfin, bien que la relation ne soit pas statistiquement significative, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec enregistre la même tendance que la population québécoise en regard des personnes qui considèrent leur vie spirituelle comme très ou assez importante et le fait d'être plus nombreux à se situer à un niveau élevé de l'indice de soutien social (83 %). Il semble donc, en contrepartie, que les personnes accordant une importance moindre à la vie spirituelle affichent plus souvent un indice de soutien social faible (22 %).

Tableau 29.6

Habitudes de vie (cigarette, alcool, drogue) et soutien social selon l'importance accordée à la vie spirituelle et à la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

Habitudes de vie	Importance accordée à la vie spirituelle				Fréquentation d'une église ou lieu culte au cours d'une période de 12 mois					
	Très ou assez importante		Peu ou pas importante		Plus d'une fois par mois		Une fois par mois ou moins		Jamais	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Usage de la cigarette										
Jamais fumé	32,1	27,8 – 36,4	32,5	26,5 – 38,6	34,4	27,9 – 41,0	33,0	27,7 – 38,4	28,2	21,7 – 35,5
Anciens fumeurs	38,2	33,8 – 42,7	26,9	21,2 – 32,7	45,6	38,7 – 52,4	30,5	25,3 – 35,7	27,8	21,3 – 35,0
Fumeurs occasionnels	2,0**	0,9 – 3,8	3,5**	1,6 – 6,8	0,9**	0,1 – 3,4	3,2**	1,5 – 5,9	3,4**	1,2 – 7,2
Fumeurs réguliers	27,6	23,5 – 31,7	37,0	30,8 – 43,3	19,1	13,9 – 25,2	33,2	27,9 – 38,6	40,6	33,3 – 47,9
Consommation d'alcool										
Abstinents	16,1	12,9 – 19,8	11,9*	8,0 – 16,7	23,7	18,1 – 29,4	9,4*	6,3 – 13,2	10,3	6,2 – 15,8
Anciens buveurs	6,0*	4,0 – 8,5	3,3**	1,4 – 6,4	5,3**	2,7 – 9,1	4,7**	2,6 – 7,7	5,7**	2,7 – 10,2
Buveurs actuels	77,9	74,2 – 81,7	84,9	79,6 – 89,3	71,0	65,0 – 77,1	85,9	81,5 – 89,6	84,0	77,8 – 89,1
Consommation de drogues (une ou plusieurs au cours des 12 derniers mois)										
Oui	6,9	4,8 – 9,6	22,3	16,9 – 27,7	1,3**	0,3 – 3,9	15,2	11,3 – 19,7	20,2*	14,5 – 26,9
Non	93,1	90,4 – 95,2	77,7	72,3 – 83,1	98,7	96,1 – 99,7	84,8	80,3 – 88,7	79,8	73,1 – 85,5

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25% ; données imprécises fournies à titre indicatif seulement.
▫ Significativement différent de l'ensemble du Québec.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

29.2.3 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon diverses dimensions du bien-être ou de l'état de santé

La proportion des personnes qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois semble augmenter selon que l'état de santé perçu se détériore (tableau 29.7).

Concernant les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée et la limitation d'activité à long terme, elles sont plus nombreuses que les personnes sans problème de ce type à considérer leur vie spirituelle comme très ou assez importante (71 % [66,8 – 75,4] c. 63 % [57,2 – 68,1]) (données non présentées). Ces mêmes personnes avec des problèmes chroniques sont aussi plus nombreuses à fréquenter plus d'une fois par mois une église ou un lieu de culte.

En regard de l'indice de détresse psychologique, la proportion de personnes affichant un niveau élevé augmente à mesure que la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte diminue. En effet, elle passe de 13 % pour les plus réguliers (plus d'une fois par mois) à 20 % pour ceux dont la fréquence se situe à plus d'une fois par année et à 24 % pour ceux qui n'y vont jamais. Ce profil est semblable à celui du Québec.

Les personnes de 18 ans et plus de la région déclarant n'avoir vécu aucun événement traumatisant durant l'enfance ou l'adolescence sont plus nombreuses à fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois (35 %) que celles en ayant vécu deux et plus (21 %). La relation s'inverse pour ceux qui ne fréquentent jamais d'église ou de lieu de culte alors que la proportion de personnes n'ayant vécu aucun événement traumatisant dans le passé est plus faible que celles en déclarant deux ou plus (22 % c. 35 %). Ainsi, le fait d'avoir vécu des événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence serait associé négativement à la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte.

Tableau 29.7

Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon diverses variables reliées à l'état de santé, population de 15 ans et plus, Mauricie et Centre-du-Québec, 1998

	Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte sur une période de 12 mois					
	Plus d'une fois par mois		Une fois par mois ou moins		Jamais	
	%	IC	%	IC	%	IC
Perception de l'état de santé :						
Excellent ou très bon	28,3	23,8 – 32,7	45,3	40,4 – 50,3	26,4	22,0 – 30,8
Bon	35,2	28,9 – 41,6	44,3	37,7 – 51,0	20,5	15,1 – 25,8
Moyen ou mauvais	39,1	28,7 – 49,4	28,9*	19,7 – 39,6	32,0*	22,1 – 41,9
Problèmes de santé chronique :						
Aucun	26,2	21,2 – 31,2	47,5	41,8 – 53,2	26,3	21,3 – 31,3
Un problème ou plus	35,5	30,9 – 40,1	40,0	35,3 – 44,7	24,5	20,4 – 28,7
Indice de détresse psychologique :						
Bas à moyen	86,7	81,3 – 91,0	80,0	75,5 – 84,5	75,5	68,5 – 81,6
Elevé	13,3*	8,9 – 18,7	20,0	15,5 – 24,5	24,5	18,4 – 31,5
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence :						
Aucun	35,3	30,3 – 40,2	42,8	37,6 – 47,9	22,0	17,7 – 26,3
Un	29,3	22,2 – 37,4	45,4	37,3 – 53,5	25,3	18,5 – 33,1
Deux et plus	20,6*	14,1 – 28,5	44,7	36,2 – 53,1	34,7	26,6 – 42,8

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998.*

Conclusion

L'appartenance à une religion, l'importance accordée aux valeurs spirituelles et la pratique religieuse semblent suffisamment répandues dans la population régionale pour en tenir compte lors d'interventions portant sur la santé physique ou mentale.

En effet, les deux tiers de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante. Près des trois quarts de la population ont une croyance

(beaucoup ou un peu) en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé mentale ou physique. Le tiers de la population régionale fréquente une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, proportion plus élevée que pour la population québécoise.

L'analyse descriptive indique que dans chacune de ces relations, les femmes sont plus concernées que les hommes et les personnes plus âgées comparativement aux plus jeunes.

Enfin, seulement 9 % de la population régionale dit n'avoir aucune appartenance religieuse, proportion plus faible en région que dans l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, une association est claire entre d'une part, une importance relative (très ou assez importante) accordée à la vie spirituelle ou une fréquentation assidue d'une église ou d'un lieu de culte (plus d'une fois par mois) et, d'autre part, de meilleurs comportements de santé. En effet, on retrouve moins de buveurs actuels, moins de fumeurs réguliers et moins de consommateurs de drogues parmi ces groupes.

Une association négative est observée entre ces deux dimensions que sont, une importance relative accordée à la vie spirituelle et une fréquentation assidue d'un lieu de culte, et l'état de santé perçu, la présence de problèmes chroniques et les événements traumatisants vécus dans l'enfance ou l'adolescence.

Enfin, ces mêmes dimensions sont associées positivement à des éléments de santé mentale que sont la détresse psychologique. Les données provinciales soutiennent cette association positive pour l'indice de soutien social et la présence d'idées suicidaires sur une période de 12 mois.

L'importance accordée à la vie spirituelle et la pratique d'une spiritualité serait-ils protecteurs de la santé mentale et physique? Ces dimensions sont-elles associées à un soulagement pour les personnes atteintes de problèmes de santé à long terme ou de limitations d'activités? Les analyses actuelles ne permettent pas d'en juger. L'effet de l'âge influence de façon déterminante les associations observées. Il est nécessaire de procéder ultérieurement à des analyses statistiques plus importantes afin de contrôler les facteurs qui pourraient modifier ces relations. Ce n'est qu'à ce moment que la relation vraisemblablement entre la vie spirituelle et la santé pourra être vérifiée.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le portrait de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtenu suite à l'analyse de l'Enquête sociale et de santé de 1998 permet de documenter régionalement les thèmes propres aux caractéristiques de l'individu, au milieu de vie immédiat, au réseau d'appartenance, aux conditions sociales et à l'environnement physique et aux normes, valeurs et idéologies dominantes. Des 28 chapitres abordant différents aspects de la santé dans le rapport provincial, 27 ont pu faire l'objet d'une analyse régionale. Toutefois, la taille de l'échantillon régional n'a pu permettre de refaire la totalité des analyses et des croisements réalisés au provincial. De plus, le chapitre 10 sur l'orientation sexuelle et la santé n'a pu être réalisé pour la région compte tenu de la petitesse des proportions rencontrées et des effectifs en résultant. Cela dit, Il n'en reste pas moins que le rapport régional permet de disposer d'une vaste série de données de qualité qui documentent et analysent les problématiques de l'état de santé de la population tant sous l'angle des groupes à risque, des déterminants et des conséquences et qui permettent, en outre, d'en voir leur évolution, le cas échéant, au cours des dix dernières années. De plus, l'enquête de 1998 présente une masse de données inédites rendant encore plus complet le portrait de l'état de santé et de ses déterminants.

Ce document répond à la fonction de la connaissance/surveillance qui consiste à fournir des informations sur les différentes dimensions de la santé afin d'aider les décideurs, planificateurs et intervenants à prendre des décisions éclairées sur les actions à poser ou à réviser ou encore sur les interventions à mettre sur pied ou sur les orientations futures en santé. Le rapport contribue, aussi, à informer la population de son état de santé.

De façon générale, les grandes conclusions de l'enquête provinciale s'appliquent à la région. En effet, pour la plupart des thèmes, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec ne se distingue pas nettement de l'ensemble de la population québécoise : les valeurs régionales ne s'éloignant pas de celles de l'ensemble du Québec et les grandes tendances provinciales se retrouvant plus souvent qu'autrement pour notre région. Il va sans dire que ces constatations communes, qui amènent des préoccupations tant au provincial qu'en Mauricie et au Centre-du-Québec, doivent être considérées dans nos actions régionales au même titre qu'au provincial. Toutefois, certaines tendances sont propres à notre région et des problématiques peuvent y être parfois moins présentes ou plus importantes encore. Ces situations sont susceptibles d'entraîner des actions plus soutenues dans notre région.

À cet égard, sans reprendre l'ensemble des conclusions des différents chapitres du rapport, on peut souligner que des caractéristiques régionales plus marquées comme le vieillissement, la sous-scolarisation ou l'appartenance plus importante à des ménages moins fortunés, ne sont pas sans conséquences sur la santé dans la région. En effet, à l'instar du Québec, de nombreuses associations sont observées entre ces caractéristiques tant avec l'état de santé et de bien-être qu'avec leurs différents déterminants.

Il est à noter que l'ensemble des faits saillants de l'enquête régionale, comprenant les différences avec le Québec, et les caractéristiques propres de certains sous-groupes de la population (selon le sexe, l'âge, l'appartenance à un ménage moins favorisé ou la faible scolarité) feront l'objet d'un document distinct. En outre, des bulletins reprendront les grands résultats de l'enquête avec des ventilations quant au sexe et à l'âge et des tirés à part des différents chapitres pourront être fournis sur demande.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec